RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

Euthanasie: het proces van rechtsverandering

Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de
Rechtsgeleerdheid
aan de Rijksuniversiteit Groningen
op gezag van de
Rector Magnificus, dr. F. Zwarts,
in het openbaar te verdedigen op
maandag 25 november 2002
om 14.15 uur
door

Helena Alfonsa Maria Weyers

geboren op 2 mei 1952
te Schaesberg

Promotor: Prof. J. Griffiths

Voorwoord

Het schrijven van een voorwoord betekent dat een werk wordt afgesloten. De auteur slaakt een zucht van verlichting en dankt zijn of haar omgeving voor het geduld en de steun. Ook ik voeg me in dit gebruikelijke gedrag zij het dat ik het eerste achterwege laat en het tweede kort zal houden.

In 1995 ben ik als onderzoeker in opleiding begonnen aan het onderzoek waar dit boek het resultaat van is. Al met al heb ik er zeven jaar met erg veel plezier aan gewerkt. Dat plezier heeft natuurlijk alles te maken met de prettige omgeving waarin ik werk en daarvoor dank ik iedereen van de vakgroep Rechtstheorie. Dat plezier komt ook doordat mijn sociale omgeving altijd benieuwd en enthousiast is gebleven over mijn onderzoek. Een houding waardoor ik mij altijd gesteund heb gevoeld. Mijn dank daarvoor aan iedereen.

Een paar mensen wil ik graag speciaal danken door hun naam hier te noemen. Aan de laatste versie van dit boek hebben Nicolette Scholten en James Kennedy een grote bijdrage geleverd. De eerste door in de laatste weken nog alle verkeerdstaande lettertjes, komma's, streepjes en wat dies meer zij, op te sporen. De tweede door zijn kristische lezing en dito opmerkingen bij een eerdere versie van het boek.

Tenslotte zijn er twee mensen zonder wie het boek niet tot stand was gekomen. De eerste is mijn promotor John Griffiths. Ik denk dat promotor en promovendus zelden een zo onproblematische verhouding hebben als John en ik. Ik denk ook dat er maar weinig promotores zo veel vertrouwen in hun promovendus hebben als John in mij en dat weinig promotores zich met zoveel inzicht en werklust op het werk van hun promovendi storten als John. Voor mij is het goud waard.

De tweede is mijn partner Gerry Tacken. Ook hier heb ik het geluk gehad iemand gevonden te hebben die bereid was al mijn producten, soms tot twee maal toe, te lezen en zeer nauwgezet te verbeteren. Harmonie en gemak zijn ook hier de sleutelwoorden. Ik ben een gelukkig mens.

Het boek draag ik op aan Tom en Jikke, aan wie het schrijven van dit boek lange tijd ontgaan is.

Dit onderzoek werd gesteund door de Stichting voor Recht en Openbaar Bestuur (Reob), welke deel uitmaakte van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

Tekening kaft: Tom

Druk en Lay-out kaft: Reprografischedienst Harmoniecomplex
Rijksuniversiteit Groningen

Inhoudsopgave

Inleiding

Het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie in Nederland, dat in 2001 uiteindelijk heeft geleid tot wetgeving, is buitengewoon complex geweest. De rechtsnormen die thans gelden, zijn ontstaan in wisselwerking tussen verschillende groepen zoals artsen (en met name hun beroepsgroep de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst), belangenbehartigers van patiënten (met name de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en gezondheidsrechtsgeleerden), adviesorganen (de Gezondheidsraad, de Staatscommissie Euthanasie, de Raad van State en de commissies die de verschillende nationale onderzoeken hebben begeleid), de rechterlijke macht (en de medische tuchtcolleges), het Openbaar Ministerie (en de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid), verschillende politieke organen en instituties en allerlei individuen die zich al dan niet beroepsmatig in het debat over euthanasie hebben gemengd. Dit boek voorziet in een gedetailleerde beschrijving van dit complexe proces.

Er ligt aan dit boek geen specifieke theoretische invalshoek ten grondslag. In eerste instantie is gekozen voor een zo nauwkeurig mogelijk chronologische beschrijving van al het bestaande bronnenmateriaal.[1] Voor de periode tot de eindjaren tachtig voldoet deze keuze. Daarna wordt het anders. Het aantal publicaties over euthanasie en aanverwante problemen is dan uitgegroeid tot een dermate groot aantal dat een alomvattende beschrijving nagenoeg onmogelijk wordt en bovendien ook het doel van dit boek voorbijschiet. Veel van het beschikbare materiaal heeft geen herkenbare invloed gehad op het proces van rechtsverandering. En dit proces is wat betreft de meest wezenlijke punten dan al afgerond.

Om niet te vervallen tot een calendarium is de beschreven periode onderverdeeld in een aantal tijdvakken. Inspiratie voor deze indeling is gevonden in Outshoorns versie van de agendabouwbenadering van politieke processen (een barrièremodel).[2] Op basis van dit model kunnen vier fasen worden onderscheiden: een fase waarin een probleem nauwelijks als zodanig ervaren wordt; een fase waarin dat probleem vooral een onderwerp is van publiek debat maar niet van politiek debat; een fase waarin politieke organen erkend hebben dat er ten aanzien van het specifieke probleem een taak ligt voor besluitvorming door een gezaghebbend orgaan; en een fase nadat het politieke besluit genomen is.

Het barrièremodel is met name gericht op de totstandkoming van rechtsverandering in het parlement. Een van de uitgangspunten van het door mij geschreven boek is echter dat ook andere groepen en instanties een rechtscheppend vermogen hebben. Al eerder hebben Tatalovich en Daynes erop gewezen dat bij rechtsverandering ten aanzien van kwesties als abortus – en euthanasie – de rechterlijke macht een belangrijke rol speelt.[3] Een aanwijzing die in dit boek ter harte is genomen. Concreet betekent dit dat de derde fase in twee sub-periodes wordt verdeeld: een eerste periode waar de rechterlijke macht de rol van rechtsveranderaar op zich neemt en een tweede periode waarin het parlement poogt die

---

[1] Het materiaal voor de beschrijving is met name gezocht in medische, ethische, juridische en politieke literatuur, zowel in de vorm van boeken, als ook rapporten, tijdschriften, jurisprudentie en parlementaire stukken. Incidenteel is er gebruik gemaakt van kranten en tijdschriften. Daarnaast zijn mensen geïnterviewd die een rol gespeeld hebben in het proces van rechtsverandering.

[2] Outshoorn 1986: 43-59.

[3] Tatalovich en Daynes 1984: 207-223.

verandering vast te leggen in een wet. Een andere aanwijzing dat rechtsverandering ook elders kan plaatsvinden, is te vinden in de rechtssociologische literatuur. Daar wordt gewezen op de rol van zogenaamde ‘semi-autonome sociale velden’ – groepen waarbinnen regels gemaakt en gehandhaafd worden.[4] Vanuit dit oogpunt volg ik in dit boek met name nauwlettend het gedrag van artsen en de rol van artsenorganisaties.

Het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie in Nederland beschrijf ik op basis van de eerste drie genoemde fasen van het barrièremodel en rekening houdend met de aanwijzing van Tatalovich en Daynes in vier fasen verdeeld over acht hoofdstukken. De draad van het veranderingsproces kan in mijn optiek het beste opgenomen worden na 1945. Voor die datum leeft het onderwerp in Nederland nauwelijks. Beginnen na 1945 heeft bovendien als voordeel dat de troebelen van de Tweede Wereldoorlog niet meegenomen hoeven te worden. In het eerste hoofdstuk ga ik desalniettemin kort in op het juridisch kader zoals dat rond de eeuwwisseling van de negentiende naar de twintigste eeuw is ontstaan en beschrijf ik kort de toen gangbare medisch-ethische opvattingen. In hoofdstuk 2 beschrijf ik de periode 1945-1970. In deze periode verkeert het medisch handelen rond het levenseinde in de fase waarin er maar weinig over gesproken wordt. De tweede periode – 1970-1982 – beslaat twee hoofdstukken in het boek. In hoofdstuk 3 staat het publiek worden van het probleem van de levensbekorting centraal en in hoofdstuk 4 gaat het met name over de definiëring van de term ‘euthanasie’. Vanaf 1982 komt het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie in een nieuwe, cruciale fase. Politieke partijen gaan zich dan over het onderwerp uitspreken en vanaf dan gaat een aantal rechtszaken lopen waarin artsen zich voor hun levensbeëindigend handelen moeten verantwoorden. Uiteindelijk zal in de periode 1982-1989 – die beschreven wordt in hoofdstuk 5, 6 en 7 - de rechtsverandering met betrekking tot euthanasie op het niveau van de juridische instanties haar beslag krijgen. Duidelijk is dan ook dat de politieke verwerking van deze verandering nog wel enige tijd zal vergen. In de periode 1989-2002, beschreven in de hoofdstukken 8 en 9, komen de verschillende pogingen de rechtsverandering wettelijk vast te leggen aan de orde. In deze periode spelen echter niet alleen politieke processen een centrale rol. Organisaties van artsen en juridische instanties zijn ook dan belangrijke actoren wat betreft de verdere invulling van de euthanasie-regelgeving. Ik sluit het boek af met enige nabeschouwingen.

Een opmerking vooraf over het gebruik van de woorden ‘euthanasie’ en ‘zelfmoord’ met en zonder aanhalingstekens. Waar ik zelf aan het woord ben, gebruik ik het woord ‘euthanasie’ zonder aanhalingstekens. Ik hanteer het begrip in de huidige Nederlandse betekenis van het woord: opzettelijke levensbeëindiging op verzoek door een dokter. Verder schrijf ik euthanasie ook zonder aanhalingstekens als duidelijk uit de bron gebleken is dat de aangehaalde auteur deze definitie hanteert. Ik zou echter de geschiedenis geweld aan doen, wanneer ik de term ‘euthanasie’ alleen in deze betekenis zou gebruiken. Ter aanduiding van andere betekenissen van de term – bijvoorbeeld als anderen het op een andere wijze hanteren, dan wel als het op een dubbelzinnige manier gebruikt wordt – plaats ik het woord ‘euthanasie’ tussen aanhalingstekens. Woorden als ‘zelfmoord’, ‘zelfdoding’ en ‘suïcide’ gebruik ik door elkaar, over het algemeen afhankelijk van de woordkeuze van de desbetreffende auteur.

---

4 Moore 1973: 719-746.

1 VOORAF

In dit boek wordt het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie beschreven dat zich in Nederland heeft afgespeeld. Het jaar 1945 fungeert als het beginjaar van deze beschrijving. Het heeft weinig zin eerder te beginnen daar er voor die tijd in Nederland nauwelijks gepubliceerd werd over het onderwerp. Het juridische en ethische kader waarin dit proces zijn startpunt vindt, stamt echter wel van voor 1945. Dit kader is het hoofdonderwerp van dit hoofdstuk. De eerste paragraaf handelt over het strafrechtelijk kader, de tweede over de rest van het wettelijke kader voorzover dat relevant is voor levensbeëindigend handelen door artsen, degenen die uiteindelijk verantwoordelijk zullen worden voor euthanasie. De keuze van de in deze paragrafen behandelde onderwerpen is bepaald door hetgeen later in de discussie over euthanasie belangrijk gebleken is. Daar artsen een centrale rol spelen, wordt in de derde paragraaf aandacht besteed aan medische ethiek voorzover die van belang is voor levensbeëindigend handelen. In de vierde paragraaf ten slotte worden de rechtszaken en gevallen van levensbeëindiging op verzoek die bekend zijn uit de periode tussen de totstandkoming van het Wetboek van Strafrecht in 1886 en 1945 kort beschreven en komen een voorstander en een tegenstander van levensbeëindiging op verzoek uitgebreid aan het woord.

1.1 Strafrechtelijk kader

De artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht

Het verbod op euthanasie en hulp bij zelfdoding is in het Wetboek van Strafrecht van 1886 ondergebracht in titel XIX: ‘Misdrijven tegen het leven gericht’.
Artikel 293 luidt: “Hij die een ander op zijn uitdrukkelijk en ernstig verlangen van het leven berooft, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren”.
Artikel 294: “Hij die opzettelijk een ander tot zelfmoord aanzet, hem daarbij behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfmoord volgt, gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren”.

In menig ander land – voorbeelden daarvan zijn onder andere België en Frankrijk - is doden op verzoek niet afzonderlijk strafbaar gesteld. De achterliggende gedachte om dat wel te doen is dat de daad aangemerkt moet worden als een lichtere vorm van doodslag.[1] Tevens is daarmee duidelijk gemaakt dat het *volenti*-beginsel – de gedachte dat de toestemming van het slachtoffer de strafbaarheid opheft – wat betreft doden niet geldt.

Het is wonderlijk dat de hulp bij zelfmoord wel strafbaar is gesteld, daar zelfmoord dat niet is. In andere landen met een op Franse leest geschoeid strafrecht waar zelfmoord evenmin strafbaar is, is ook de hulp niet als zodanig strafbaar gesteld. De reden die de Nederlandse wetgever daarvoor geeft is dat de verleende hulp een *delictum sui generis* is. Het

[1] Smidt 1881. Deel 2: 440.

desbetreffende delict – en dat vormt een overeenkomst tussen de artikelen 293 en 294 - is een “schending van de eerbied aan het menselijk leven in het algemeen verschuldigd”.[2]

Tijdens de behandeling van de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht is een aantal discussies gevoerd. Een eerste discussiepunt was of deze delicten wel opgenomen moesten worden in het Wetboek van Strafrecht. Daarvoor werden twee redenen aangegeven. De eerste reden voor twijfel aan de noodzaak van opnemen van artikel 293 was dat de rechter volgens het nieuwe strafrecht kon bepalen dat iemand lichter gestraft werd.[3] De tweede reden was de meer praktische opmerking dat dergelijke zaken zo weinig voorkwamen. De regering verwees ter motivering van de opname naar twee zaken die zich in het verleden voltrokken hadden: de zaak Slotboom wat betreft artikel 293 en de zaak Dettemeijer wat betreft artikel 294.

In de zaak Slotboom, die speelde in 1852, handelde het om een boterkopersknecht die een vrouw met psychische klachten, op haar verzoek om het leven bracht. De vrouw die al vaker pogingen had gedaan om te sterven, haalde Slotboom – tegen betaling – over haar te doden. De man werd ter dood veroordeeld wegens doodslag met voorbedachte rade, een straf die later veranderd werd in twintig jaar tuchthuisstraf.[4]

In de zaak Dettemeijer uit 1859, ging het om een militair en zijn vriendin die besloten hadden zich samen te doden omdat ze geen toestemming kregen om te trouwen. Zij dronken vergif, waarna zij wel stierf maar hij niet. De man werd in eerste instantie ter dood veroordeeld[5] maar in hoger beroep sprak het Hoog Militair Gerechtshof hem vrij: “overwegende, dat noch de zelfmoord, noch de medepligtigheid aan zelfmoord bij de Nederlandse wetgeving strafbaar is gesteld”.[6]

Ook de term ‘berooft’ is onderwerp van discussie geweest. De Staatscommissie De Wal – de commissie die het voorstel voor het Wetboek van Strafrecht heeft geschreven - sprak met betrekking tot doodslag en moord aanvankelijk over ‘iemand doodt’. De Wal voelde voor de uitdrukking ‘iemands dood veroorzaakt’. In de concept-redactie werd echter de uitdrukking ‘van het leven berooft’ gebruikt. Men koos ervoor deze uitdrukking te handhaven, omdat die ook al in andere artikelen was gebruikt.[7] De Vries, tekstueel commentator van het wetsvoorstel, meende dat de wetgever voor een vaste vertaling van het woord ‘*homicide’* moest zorgen. Hij stelde de term ‘ontlijving’ voor. Die term had in zijn ogen het voordeel dat ze niets anders te kennen geeft dan ‘het leven doen verliezen’, zonder iets te bepalen omtrent de wijze waarop dit geschiedt, noch omtrent de vraag, of er al of niet opzet mee gepaard gaat. “Ontlijven heeft dus juist die algemeenheid, die vereischt wordt voor een woord, dat het doen ophouden van het leven moet uitdrukken, zonder te doen denken aan die bijzondere bijbegrippen, die aan *meurtre* en *assassinat* verbonden zijn”. [8] De suggestie van De Vries is niet overgenomen.

---

2 Smidt 1881. Deel 2: 442.

3 Smidt 1881. Deel 2: 440-441.

4 *Weekblad van het Regt* 1852, nr. 1290; 1298; 1300; 1326 en 1338.

5 *Weekblad van het Regt* 1859, nr. 2042: 4.

6 *Weekblad van het Regt* 1859, nr. 2067: 4. In de nummers 2042, 2064, 2066 en 2067 wordt verslag gedaan van deze zaak.

7 De jurist Demeersseman trekt – honderd jaar later – de conclusie dat het niet de bedoeling was van de Staatscommissie De Wal met de uitdrukking ‘van het leven berooft’ aan te geven dat bij de dader kwade bedoelingen moeten hebben voorgezeten (Demeersseman 1987: 105-106).

8 Smidt 1881. Deel 2: 426-427.

Er is verder discussie geweest over de vraag of artikel 294 gelezen moest worden als “indien de zelfmoord volgt, of de poging daartoe wordt verijdeld door omstandigheden onafhankelijk van den wil van hem die de poging pleegde of daartoe hulp of middelen verschafte.” Een dergelijke lezing van het artikel werd verworpen daar men meende dat een mogelijke consequentie van deze lezing zou zijn dat zo ook de poging tot zelfmoord strafbaar werd gesteld. De poging tot zelfmoord wilde men niet strafbaar stellen. De minister stelde:

> Als het bij een poging blijft, behoort ook de derde straffeloos te wezen. Het tegendeel ware bij uitnemendheid onpractisch. Aan poging tot zelfmoord kleeft iets ridicuuls. Werd die poging door den helper ruchtbaar, dan zou de hoofdpersoon allicht in de verzoeking komen het feit te herhalen.[9]

De strafmaat is ook onderwerp van discussie geweest. Het ging daarbij met name om het grote verschil tussen de strafmaat van de artikelen 293 en 294. De Commissie van Rapporteurs stelde voor, de strafmaat van artikel 293 te verlagen tot zes jaar. Zij stelde dat het grote verschil tussen de strafmaxima verwondering wekt gezien het feit dat het soms moeilijk is de feitelijke grens tussen de misdrijven van de artikelen 293 en 294 vast te stellen. De regering hield echter vast aan de hogere strafmaat van artikel 293 en motiveerde dat met een verwijzing naar de zaak Slotboom.[10]

Opvallend afwezig in de parlementaire discussie over de twee artikelen zijn discussies over eventuele medische redenen tot levensbeëindiging. De enige uitzondering hieromtrent is te vinden in het verslag van de Commissie De Wal. Deze uitzondering betreft een losse opmerking van het lid Pols dat bij het doden op verzoek gedacht kan worden aan “verwonden in oorlogen met wilde volkstammen, aan lijders aan ongeneeslijke kwalen enz.”[11]

Juristen over de artikelen 293 en 294

In de jaren tachtig van de negentiende eeuw, de jaren waarin het Wetboek van Strafrecht tot stand is gekomen, heeft een aantal juristen hun proefschriften gewijd aan de artikelen 293 en 294. Anders dan in het parlementaire debat, leggen zij soms wel een verband tussen de wetsartikelen en de nood van ernstig lijdende mensen. De auteurs gaan met name in op de vraag of de artikelen wel in de wet moeten worden opgenomen.

Bijleveld meent dat artikel 293 overbodig is daar een rechter een geringere straf op kan leggen als er sprake is van een verzoek.[12] Een door de Duits auteur Hellenbach beschreven situatie beschouwt hij als een voorbeeld van een situatie waarin die lagere strafmaat gepast lijkt:

> Waar ... een lijder op zijn sterfbed ligt te worstelen met een smartelijke doodstrijd, wanneer de arts zeker weet dat herstel onmogelijk is maar een langdurig lijden te

[9] Smidt 1881. Deel 2: 442.
[10] Smidt 1881. Deel 2: 441.
[11] Van Dorst (red) 1976. Deel 4: 155. Pols laat zich niet uit over een eventueel vervallen van de strafbaarheid in een dergelijke situatie.
[12] Hij stelt bovendien dat schending van de eerbied aan het leven verschuldigd, een ander soort gedraging is dan de andere gedragingen die strafbaar zijn gesteld in titel XIX (Bijleveld 1883: 17). Ook zo C.A. de la Parra (De la Parra 1895: 42-43). Bijleveld en De la Parra menen dat, als het zwaartepunt van de strafbaarheid werkelijk in het schenden van de eerbied ligt, de titel XVI (belediging) de juiste rubriek zou zijn geweest.

> wachten staat, daar is een veel beter einde, zoowel voor den persoon zelf als voor de nabestaanden, dat in zulk geval (natuurlijk onder strenge voorzorgsmaatregelen tegen misbruik) aan het uitdrukkelijke verzoek van den ongeneeslijken lijder wordt gehoor gegeven en dat men de natuur te hulp komt door onmerkbaar de levensdraad te laten afknappen.[13]

Hoewel Bijleveld het artikel dus overbodig vindt, verdedigt hij de strekking ervan onder verwijzing naar het maatschappelijk belang van het voortbestaan van de medeburgers, en naar de opvatting dat de dader die aan het verzoek van het slachtoffer gehoor geeft, gevaarlijk kan worden voor zijn medeburgers.[14]

De la Parra verwerpt deze laatste gedachte met de stelling dat het excessief is om iedereen die gevaarlijk kan worden in de gevangenis te stoppen. Hij betwijfelt of hulp bij zelfdoding zo corrumpeert, mede daar, in zijn optiek, het altijd gaat om een vertrouwd iemand. Hij meent uit eigen ervaring te kunnen stellen, dat je bij medici kunt zien dat dit corrumperend effect niet hoeft op te treden. Bovendien is De la Parra van mening dat dreigen met straf niet effectief zal zijn. Als iemand bereid is in te grijpen in het leven, is het niet voor de hand liggend dat hij zich zal laten weerhouden door een straf.[15]

Hirsch stelt het strafbaar stellen van zelfmoord en hulp bij zelfmoord ter discussie. Hij is van mening dat het steun zoeken bij de moraal in het belang is van de beschaafde staat. Datgene dat tegen de zeden indruist is immers een aanval tegen de grondslagen van de burgerlijke orde. Zelfmoord is in zijn optiek een onzedelijke handeling[16] en daarom een strafbaar feit. Hij beschouwt echter straf bij zelfmoord niet als een juist middel om het kwaad te beperken. Het strafbaar stellen van de poging tot zelfmoord heeft volgens Hirsch ook geen zin, omdat de zelfmoordenaar zich immers niet door een strafdreiging zal laten tegenhouden. Er is echter, in zijn optiek, geen enkele redelijke grond aan te voeren, waarom de hulp tot zelfmoord niet gestraft zou worden.[17] Hirsch noemt als voorbeeld van hulp bij zelfmoord, een zieke die ondraaglijk lijdt en een vriend om een revolver vraagt om een einde aan het leven te maken.[18]

---

13 Bijleveld 1883: 19-20.

14 Bijleveld 1883: 17.

15 De la Parra 1895: 48-51.

16 Hirsch meent dat de eerbied voor het leven van de mensen erdoor wordt geschokt en dat, waar die eerbied ontbreekt, het grootste bewijs aanwezig is voor een diep geworteld zedenverval (Hirsch 1882: 58).

17 Hirsch 1882: 57-62. Hij merkt op dat men niet kan weten of hulp bij zelfmoord weinig voorkomt – zoals in de wetgevingsstukken verondersteld werd - daar het nooit strafbaar was. Na een zelfmoord kwam er dan ook geen politieonderzoek naar eventuele hulp erbij. Met de invoering van het artikel zal dat anders worden, daar de politie nu wel moet onderzoeken of tot de daad aangezet is, dan wel bij het volvoeren hulp is geboden (Hirsch 1882: 3-4). Er is echter geen enkele rechtszaak hieromtrent bekend tussen de inwerkingtreding van het Wetboek van Strafrecht en een zaak in 1979 die beschreven wordt in paragraaf 4.5.

18 Hirsch 1882: 66. Enige discussie is er ook over de wijze waarop het verzoek om levensbeëindiging gedaan moet worden. Bijleveld neemt de wat eigenaardige stelling in dat artikel 293 alleen vereist dat er een verzoek is en dat de dader daarvan niet in kennis hoeft te zijn (Bijleveld 1883: 76). De 'uitdrukkelijkheid van het verlangen' legt hij uit met te stellen dat hetgeen door gebaren te kennen wordt gegeven niet voldoende is (Bijleveld 1883: 73). Nysingh daarentegen meent dat de wil aan de helper kenbaar moet zijn gemaakt (Nysingh 1888): 55). Op welke wijze – door gebaren, woorden of schriftelijk - het verlangen te kennen wordt gegeven, is naar zijn mening niet van belang (Nysingh 1888: 49; 55).

Overige artikelen en opmerkingen met betrekking tot het Wetboek van Strafrecht

Behalve de titel XIX, is er nog een aantal andere artikelen van het Wetboek van Strafrecht die van belang zijn in de rechtsontwikkeling omtrent levensbeëindiging op verzoek. Op de eerste plaats gaat het daarbij om de artikelen 255, 257 en 307[19] waarin het doden door nalaten of door schuld strafbaar wordt gesteld.

Artikel 255: "Hij die opzettelijk iemand tot wiens onderhoud, verpleging of verzorging hij krachtens wet of overeenkomst verplicht is, in een hulpeloze toestand brengt of laat, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste twee jaren of geldboete van de vierde categorie."[20]

Artikel 257: "Indien een der in de artikelen 255 en 256[21] omschreven feiten zwaar lichamelijk letsel ten gevolge heeft, wordt de schuldige gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zeven jaren en zes maanden. Indien een dezer feiten den dood ten gevolge heeft, wordt hij gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste negen jaren."[22]

Artikel 307: "Hij aan wiens schuld de dood van een ander te wijten is, wordt gestraft met gevangenisstraf of hechtenis van ten hoogste negen maanden of geldboete van de vierde categorie."[23]

Van een andere orde zijn artikel 40 en artikel 228. Het belang van het eerste artikel wordt hieronder bij 'strafuitsluitingsgronden' uitgewerkt. Artikel 228 waarin het afgeven door een

---

19 Respectievelijk onder de titels: 'Verlating van hulpbehoevenden' en 'Veroorzaken van den dood of van lichamelijk letsel door schuld'.

20 Volgens de Memorie van Toelichting handelt het bij deze titel om een opzettelijke handeling, waardoor men zich onttrekt aan een zorgplicht (Smidt 1881. Deel 2: 360), een zogenaamd 'omissiedelict'. Voor mensen zonder zorgplicht is artikel 450 een equivalent van artikel 255:

> Hij die, getuige van het ogenblikkelijk levensgevaar waarin een ander verkeert, nalaat deze die hulp te verlenen of te verschaffen die hij hem, zonder gevaar voor zichzelf of anderen redelijkerwijs te kunnen duchten, verlenen of verschaffen kan, wordt, indien de dood van de hulpbehoevende volgt, gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of een geldboete van de tweede categorie.

21 Waarin te vondeling legging strafbaar wordt gesteld.

22 Artikel 257 moet dus gelezen worden als een zwaardere vorm van artikel 255. Wanneer de schuldige een van de ouders van het verlaten kind is wordt de straf met een derde verhoogd (artikel 258).

23 In de Memorie van Toelichting wordt gesteld dat, waar opzet ontbreekt en slechts schuld aanwezig is, de strafwaardigheid voornamelijk bepaald wordt door de gevolgen van de handeling. Eerst waar die gevolgen een genoegzaam ernstig karakter dragen, bestaat er reden, degenen aan wiens schuld zij te wijten zijn, wegens misdrijf te straffen (Smidt 1881. Deel 2: 458). Wanneer ten aanzien van een arts dood door schuld bewezen wordt verklaard, kan de bijkomende straf zijn dat hij tijdelijk ontzet wordt uit het recht zijn beroep uit te oefenen (artikel 309).

In de titels 'Misdrijven tegen het leven gericht' en 'Verlating van hulpbehoevenden' is de strafverzwaring op een andere wijze geregeld. In beide titels is een artikel opgenomen waarin staat dat veroordeling wegens een van de in de titel opgenomen misdrijven, kan leiden tot ontzetting van een of meer van de in artikel 28 eerste lid vermelde rechten (respectievelijk artikel 260 en 295). Artikel 28.1 van het Wetboek van Strafrecht luidt:

> De rechten waarvan de schuldige, in de bij de wet bepaalde gevallen, bij rechterlijke uitspraak kan worden ontzet, zijn: 1°. het bekleden van ambten of van bepaalde ambten; 2°. het dienen bij de gewapende macht; 3°. het recht de leden van algemeen vertegenwoordigende organen te verkiezen en tot lid van deze organen te worden verkozen; 4°. het zijn van raadsman of gerechtelijk bewindvoerder; 5°. de uitoefening van bepaalde beroepen.

Wat betreft de artikelen 293 en 294 gaat het dan om de punten 1, 2, 4; bij de artikelen 255 en 257 alleen om het bij 4 bepaalde. Bij deze delicten is de strafverzwaring dat een arts het recht om zijn beroep uit te oefenen verliest, dus niet onder de desbetreffende titel opgenomen.

arts van een valse verklaring van overlijden strafbaar wordt gesteld, komt in paragraaf 1.2 aan de orde.

Een vraag – die ook bij de totstandkoming van het Wetboek van Strafrecht speelde – is of er een onderscheid gemaakt moet worden tussen doen en laten. Handelen en nalaten - in de strafrechtelijke dogmatiek aangeduid met het overkoepelende begrip 'gedraging' - zijn in het recht in beginsel gelijk te stellen.[24] Van der Hoeven werpt in 1884 de vraag op of levensberoving alleen kan geschieden door een opzettelijke, positieve daad te verrichten of dat het ook kan door een opzettelijk nalaten. Hij beantwoordt de vraag ontkennend: "wie volkomen passief blijft, kan niet berooven".[25]

Remmelink geeft – wanneer hij de 'oneigenlijke omissiedelicten' beschrijft[26] - een ander antwoord. Bij 'oneigenlijke omissiedelicten' handelt het om een overtreden van een verbod door passief te blijven: men overtreedt gelijktijdig een gebod en een verbod. De dader doet niet wat de plicht hem voorschrijft en schept daardoor tevens een gevolg dat hij niet scheppen mag. Als een arts bijvoorbeeld zijn zorgplicht niet nakomt kan het leven van de patiënt verloren gaan. De arts kan dan niet alleen worden aangeklaagd wegens het overtreden van artikel 255 maar ook wegens doodslag. De dood van de patiënt kan in een dergelijk geval de arts toegerekend worden wanneer er een reële kans is, dat het gevolg niet zou hebben plaatsgevonden wanneer hij zou hebben ingegrepen. Daarbij geldt de eis dat het gevolg in het algemeen redelijkerwijze voorzienbaar geweest moet zijn.[27]

Ten slotte nog iets over 'opzet' en 'intenties'. 'Opzet' is in het strafrecht een willens en wetens handelen waarbij willen meer is dan menen, wensen en hopen, en weten gelijk is te stellen met: begrijpen, beseffen, zich van iets bewust zijn. Er zijn verschillende modaliteiten van opzet. Op de eerste plaats natuurlijk het opzettelijk, willens en wetens een delict begaan. Er is echter ook sprake van opzet indien het oogmerk van de dader op iets anders gericht is – dat zelf al of niet een delict kan zijn – maar bij hem tevens de overtuiging leeft, dat dit beoogde onbereikbaar is zonder het intreden van het overigens niet begeerde gevolg. Ook is algemeen aanvaard dat van opzet sprake is als de dader aan hetgeen hij gaat verrichten de funeste gevolgen als niet noodzakelijk maar wel als waarschijnlijk verbonden ziet. Ook is er van opzet sprake als de dader voor zichzelf heeft uitgemaakt, dat

---

[24] Bij het weergeven van het strafrecht heb ik aangesloten bij de uitleg in J. Remmelink, *Mr. D. Hazewinkel-Suringa's Inleiding tot de studie van het Nederlandse strafrecht* (Arnhem 1995 veertiende druk). Het is uitdrukkelijk niet mijn bedoeling een positie in te nemen in het debat over de finesses van de juiste aanduiding van de verschillende bepalingen en over de juiste lezing ervan. Volgens Remmelink is een strafbaar feit in de Nederlandse strafwet een menselijke gedraging die onder de in de wet beschreven omstandigheden verricht, door de wet verboden en strafbaar is gesteld (Remmelink 1995: 125). Opgemerkt dient te worden dat Remmelink elders het strafrecht niet geheel en al beperkt tot menselijke gedragingen.

[25] Van der Hoeven 1884: 130. Minister van Justitie Cort van der Linden lijkt een aantal jaren later ook van mening dat het opzettelijk nalaten van een daad niet valt onder de levensberoving. Hij wil dat nalaten even goed strafbaar is en stelt in 1901 dan ook voor om aan artikel 287 (het artikel waarin doodslag strafbaar wordt gesteld) een tweede lid toe te voegen met als doel, degene die door opzettelijke onthouding de dood van een ander veroorzaakt, gelijk te stellen met hem die een ander opzettelijk van het leven berooft. Cort van der Linden stelt dan ook voor in artikel 293 te spreken van 'opzettelijke' levensberoving (*Handelingen Tweede Kamer 1900-1901*, *Bijlagen*: 100, nr. 4: 38). Beide voorstellen hebben nooit kracht van wet gekregen.

[26] Remmelink maakt een onderscheid tussen 'omissiedelicten' en 'oneigenlijke omissiedelicten'. Een 'omissiedelict' bestaat volgens Remmelink uit een nalaten waar de wet handelen gebiedt, een ingaan tegen een gebod (Remmelink 1995: 118-119).

[27] Remmelink 1995: 192. Remmelink spreekt hier van 'causaliteit'.

hij zijn handeling wil, ook indien daaraan dat overigens niet begeerde gevolg mocht blijken vast te zitten.[28]

STRAFUITSLUITINGSGRONDEN EN ANDERE EXCEPTIES

De eerste voor euthanasie belangrijke strafuitsluitingsgrond is ‘overmacht’. In artikel 40 Wetboek van Strafrecht staat: “Niet strafbaar is hij die een feit begaat waartoe hij door overmacht is gedrongen”. Uit de Memorie van Toelichting blijkt dat overmacht moet worden onderscheiden van noodweer, wettelijk voorschrift en ambtelijk bevel. “Overmagt is elke kracht, elke drang, elke dwang, waaraan men geen weerstand kan bieden.”[29]

Sedert het zogenaamde ‘Opticien-arrest’[30] onderscheidt men twee vormen van overmacht. Bekend was al overmacht als psychische drang, een van buiten komende drang, die op de dader een zodanige druk uitoefent, dat hij hieraan redelijkerwijs geen weerstand kan bieden. Er kan zich echter ook een situatie voordoen, waarbij geen sprake is van een hevige gemoedsbeweging. De dader heeft weloverwogen zijn keuze kunnen maken om het delict te begaan maar anderzijds moet erkend worden dat hij zich in een moeilijk parket bevond. Zou hij het plegen van het delict hebben nagelaten, dan zou hij een zwaarder wegend belang verloren hebben laten gaan.[31]

Naast de strafuitsluitingsgrond van overmacht zijn in het euthanasiedebat nog twee – niet expliciet in het Wetboek van Strafrecht opgenomen – strafuitsluitingsgronden van belang: de ‘medische exceptie’ en ‘het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid’.[32]

Bij de totstandkoming van het Wetboek van Strafrecht is ter sprake geweest of sommige handelingen die in het dagelijkse verkeer een misdrijf opleveren, als niet strafbaar moeten worden beschouwd indien ze verricht worden door artsen. De gedachte dat medici soms mogen doen wat anderen niet mogen, komt duidelijk naar voren bij de behandeling van artikel 300, het artikel waarin mishandeling strafbaar wordt gesteld. In het Ontwerp Wetboek van Strafrecht werd mishandeling omschreven als: “een ander opzettelijk lichamelijk leed toebrengen of opzettelijk diens gezondheid benadelen”. Volgens de Commissie van Rapporteurs moest de omschrijving echter doen uitkomen dat heelkundige ingrepen - en ook de opvoedende klappen - er buiten vallen. Deze kwestie kwam terug in

---

28 Remmelink 1995: 203-204.

29 Smidt 1881. Deel 1: 376. Remmelink legt dit als volgt uit: “De wetgever heeft met overmacht blijkbaar een netelige situatie op het oog, veroorzaakt door uitwendige omstandigheden, waaruit men zich bevrijdt door het plegen van een strafbaar feit” en “wie in overmacht handelt, doet zulks derhalve, omdat hij zich geconfronteerd weet met een op hem uitgeoefende drang. Deze confrontatie, dit conflict, eindigt voor hem met een nederlaag.” (Remmelink 1995: 296).

30 Het betrof hier een opticien die iemand, die zijn bril had verloren en zich hulpeloos voelde, na sluitingstijd in zijn winkel had toegelaten en had geholpen hetgeen (op het eerste gezicht) in strijd was met art. 9 Verordening op de Winkelsluiting van Amsterdam. De rechtbank had de winkelier echter niet strafbaar geacht en ontslagen van rechtsvervolging, omdat het voor de opticien onder deze omstandigheden een maatschappelijke verplichting was geweest hulp te verlenen. Deze verplichting kwalificeerde de rechtbank als een zodanige drang, dat de strafbaarheid des daders daardoor werd opgeheven. .... Met verwijzing naar de geschiedenis van het artikel, waarin immers ook de noodtoestand onder overmacht wordt gebracht, werd het vonnis [door de Hoge Raad, HW] intact gelaten. (Remmelink 1995: 301.) Het arrest is te vinden in *Nederlandse Jurisprudentie* 1923: 1329-1330.

31 Remmelink 1995: 300.

32 De strafuitsluitingsgrond ‘afwezigheid van alle schuld’ is weliswaar in de jaren negentig van de twintigste eeuw incidenteel naar voren gebracht maar heeft in feite in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie geen rol gespeeld. Deze grond wordt hier dan ook niet besproken.

het debat in de Tweede Kamer. Minister Modderman stelde: “Wie zijn kind kastijdt, of, als chirurgijn, iemand eene operatie doet ondergaan, veroorzaakt opzettelijk leed, maar wordt, daar leed daarbij geen *doel* maar *middel* is voor een rationeel doel, niet gezegd te mishandelen”.[33] Bij de behandeling van de abortusparagraaf is toentertijd eveneens expliciet gesteld dat, wanneer een arts een abortus uitvoert op grond van een medische indicatie, het geen strafbare abortus betreft.[34] De minister stelde onomwonden: “Niet strafbaar is de geneeskundige, handelende naar de erkende regelen zijner kunst”.[35] Ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfmoord is een dergelijk expliciet voorbehoud niet gemaakt. Met andere woorden: alhoewel de medische exceptie op sommige terreinen expliciet in het wetgevingsdebat geaccepteerd is, is deze exceptie als zodanig niet in het Wetboek van Strafrecht opgenomen.[36]

Een derde strafuitsluitingsgrond die een rol zal spelen in het euthanasiedebat is het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid. Kenmerkend aan dit verweer is dat iemand zich erop beroept een strafbaar feit te hebben gepleegd, teneinde een door de wetgever beoogd doel beter te beschermen.[37] Het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid is door de Hoge Raad voor het eerst en tevens voor het laatst geaccepteerd in het zogenaamde ‘Huizense veearts-arrest’.[38]

---

[33] Smidt 1881. Deel 2: 453-454.

[34] Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel werd voorgesteld toe te voegen: “behalve in geval van levensgevaar voor de vrouw of de vrucht”. De minister vindt die reserve overbodig:

> Is het ooit bij iemand opgekomen om art. 309 Code Penal van toepassing te achten op den chirurgijn die een operatie verricht of op den Israëlitischen besnijder? Als een letterknecht de toepasselijkheid beweerd had op de grond dat in dat artikel, geheel in ’t algemeen, van “*faire des blessures”* sprake is, dan zou de jurist, gedachtig aan het “*scire leges, non est verba tenerede sed vim ac postestam*” zelfs geen antwoord hebben noodig gekeurd. In ’t algemeen is de genees-, heel- en verloskundige volkomen gedekt, zoo dikwerf hij handelt naar de regelen zijner kunst… Uit niets hoegenaamd is gebleken dat hier te lande de wetgever met zijne door hare algemeenheid altijd gebrekkige formules moet tusschen beide treden, hetzij om de medici te beschermen tegen de juristen, hetzij om de maatschappij te beschermen tegen de medici… . Beter echter schijnt het haar [de reserve, HW] overal weg te laten in ’t vertrouwen dat de wet slechts zal worden geïnterpreteerd door rechtsgeleerden die, ook zonder wetsvoorschrift, het beginsel erkennen (Smidt 1881. Deel 2: 445-448).

[35] Smidt 1881. Deel 2: 447.

[36] Binnen de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst zijn rond 1906 stemmen opgegaan om een nieuw artikel 42a toe te voegen aan het Wetboek van Strafrecht luidende: “Niet strafbaar is de geneeskundige, die een feit begaat, dat naar redelijk inzicht is geboden of toegelaten door de regelen der geneeskunst” (Van Eyk en Schreve 1915: 30-31).

[37] Remmelink duidt het accepteren van dit verweer aan als “jurisprudentieel, plaatsvervangend wetgeven” (Remmelink 1995: 348).

[38] Bij het ‘Huizense veearts-arrest’ handelde het om een veearts die, alhoewel de wet het hem verbood, ziek vee in contact bracht met gezond vee met als doel dat laatste tegen de ziekte weerbaar te maken. De Hoge Raad oordeelde dat de arts gehandeld had overeenkomstig de eisen van zijn beroep (*Nederlandse Jurisprudentie* 1933: 60-63). In het tweede arrest in deze zaak voegt de Hoge Raad daar aan toe:

> Het geval kan zich voordoen dat de wederrechtelijkheid in de delictsomschrijving zelve geen uitdrukking heeft gevonden en niettemin geen veroordeling zal kunnen volgen op grond dat de onrechtmatigheid des gepleegde handeling in het gegeven geval blijkt te ontbreken en derhalve dat het betrokken wetsartikel op de letterlijk onder de delictsomschrijving vallende handeling niet van toepassing is (*Nederlandse Jurisprudentie* 1933: 923).

1.2 Andere relevante wettelijke regelingen ten aanzien van artsen

Artsen zullen in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie in Nederland een rol gaan spelen van doorslaggevend belang. Daarom is het goed op deze plaats iets te zeggen over het meer specifiek juridisch kader waarbinnen zij hun beroep uitoefenen.

In 1864 is het medische handelen in Nederland geregeld in de Wet Uitoefening Geneeskunst.[39] In artikel 1 van deze wet wordt de uitoefening van de geneeskunst – het beroepsmatig verlenen van genees-, heel- of verloskundigen raad of bijstand - alleen geoorloofd verklaard aan degenen, aan wie de bevoegdheid daartoe volgens de wet is toegekend.[40] In de wet is onder andere geregeld dat de titel 'arts' alleen toekomt aan hen die voldaan hebben aan het artsenexamen. In artikel 9 van de wet wordt gesteld dat artsen de enigen zijn die recepten mogen uitschrijven.

Artikel 5 van de Wet Uitoefening Geneeskunst handelt over de verklaring van overlijden:

> Geneeskundigen onderteekenen bij het overlijden van elk hunner lijders ten behoeven van den ambtenaar van den burgerlijke stand eene verklaring van dit overlijden, en doen daarbij naar hunne overtuiging, doch met inachtneming van den door hen afgelegde eed of belofte van geheimhouding, zoo nauwkeurig mogelijke opgave van de oorzaak van den dood.[41]

In artikel 4 van de Begrafeniswet van 1869[42] blijkt deze verklaring van overlijden een vereiste voor toestemming tot het begraven van een lijk. Artikel 4 luidt:

> Geene begraving geschiedt zonder schriftelijk verlof van den ambtenaar van den burgerlijke stand…. Bij het vragen van verlof wordt overgelegd de schriftelijke verklaring van den geneeskundige die den dood heeft geconstateerd, bedoeld in art. 5 der wet van 1 junij 1865 (*Staatsblad* no. 60). Ontbreekt zoodanige verklaring, dan wordt de doodschouw verrigt en de verklaring afgegeven door een geneeskundige, jaarlijks door burgemeester en wethouders daartoe aan te wijzen en te beëdigen…[43]

In de verklaring geeft de arts niet alleen aan dat de patiënt overleden is maar ook wat volgens hem de oorzaak van het overlijden was. In artikel 5 van de Begrafeniswet wordt gesteld dat wanneer er tekenen of aanduidingen van een 'geweldigen dood'[44] aanwezig zijn, of andere omstandigheden een dergelijke dood doen vermoeden, de begraving niet geschiedt dan nadat het lijk gerechtelijk is geschouwd en de officier van justitie of de rechter-commissaris schriftelijke toestemming heeft gegeven.[45]

---

[39] *Staatsblad* 1865, nr. 60: 3. In de jaren negentig van de twintigste eeuw zal deze wet gewijzigd worden in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Ministerie van VWS 1995).

[40] *Staatsblad* 1865, nr. 60: 1.

[41] *Staatsblad* 1865, nr. 60: 2.

[42] *Staatsblad* 1869, nr. 65. De Begrafeniswet is later omgedoopt in Wet op de Lijkbezorging.

[43] *Staatsblad* 1869, nr. 65: 4.

[44] Volgens Wijnveldt verstaat men onder een 'geweldigen dood': "elke dood, die niet het gevolg is van de ziekte of de physieke gesteldheid van den overledene, maar door 'geweld' is veroorzaakt, onverschillig of iemand het zich zelf aangedaan heeft, dan wel van een ander ondergaan heeft" (Wijnveldt 1928): 40.

[45] *Staatsblad* 1869, nr. 65: 4.

Deze artikelen moeten gelezen worden in samenhang met het eerder vermelde artikel 228 van het Wetboek van Strafrecht: "De arts of verloskundige die opzettelijk een valse verklaring afgeeft nopens... een oorzaak van overlijden... wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie".

In de jaren vijftig van de twintigste eeuw is de verklaring van overlijden opnieuw onderwerp van wetgevingsdebat geworden. De commissie Van Erp Taalman Kip beveelt een nieuw systeem aan – dat ook wordt aangenomen - waarbij de behandelend arts alleen dan een verklaring van overlijden afgeeft, wanneer hij ervan overtuigd is dat er sprake is geweest van een 'natuurlijke dood'. Als hij daarvan niet overtuigd is, geeft hij de verklaring niet af. Een voordeel van dit nieuwe systeem, vanuit het oogpunt van het beroepsgeheim, is dat de arts niet meer de doodsoorzaak hoeft te vermelden. De doodsoorzaak dient echter wel vermeld te worden op een tweede formulier dat uitsluitend bedoeld is voor statistische verwerking (het zogenaamde 'doodsbriefje-B'). Blijkens de Memorie van Toelichting valt onder de natuurlijke dood ieder overlijden ten gevolge van spontane ziekte of ouderdom. Als een niet-natuurlijke dood wordt beschouwd: "elk overlijden door opzet of door schuld van derden, doch ook zelfmoord, al mocht die het natuurlijk gevolg van een zielsziekte zijn, alsmede het sterven tengevolge van een ongeval of uiterlijk geweld, ook wanneer dit niet door menselijke schuld is veroorzaakt."[46]

Ten slotte is het nog van belang om iets te vermelden over het medisch tuchtrecht. In 1928 is een Medische Tuchtwet tot stand gekomen.[47] Deze regeling verving de interne rechtspraak die de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst – de Nederlandse artsenvereniging – in 1903 had ingevoerd. Interne rechtspraak werd niet als voldoende ervaren omdat niet alle artsen lid waren van de NMBG en de ergste straf die de organisatie kon uitspreken een royement van de vereniging was, en omdat medici belangen kunnen schaden die publiekrechtelijke bescherming verdienen.

Volgens de Medische Tuchtwet kan een geneeskundige zich schuldig maken aan drie handelingen die tuchtrechtelijke maatregelen verlangen: hij kan het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen; hij kan zich schuldig maken aan nalatigheid, waardoor ernstige schade ontstaat voor de hulpvragende persoon; en hij kan blijk geven van grove onkunde. Wanneer een geneeskundige zich aan een dergelijk handelen schuldig maakt, kan hij de volgende maatregelen krijgen opgelegd: waarschuwing; berisping; oplegging van een geldboete van ten hoogste tienduizend gulden; schorsing; en ontzegging van de bevoegdheid geneeskunst uit te oefenen.[48]

1.3 Medische ethiek

De belangrijke rol die artsen gaan spelen in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie rechtvaardigt enige aandacht voor de vooroorlogse medische ethiek. Artsen oriënteerden zich in die tijd op de stelregels die toegeschreven worden aan Hippocrates en op algemene ethiek die voor de overgrote meerderheid van de artsen in Nederland gebaseerd was op christelijk geloof. Aan de sporadische medisch-ethische publicaties, die raken aan het probleem van de levensbekorting besteed ik in deze paragraaf aandacht.

---

46 *Handelingen Tweede Kamer 1951-1952, Bijlagen*, 2410 nr. 3: 7.
47 Van der Mijn 1978: 640.
48 *Staatsblad* 1928, nr. 222: 1-3.

Een vroege publicatie is van de hand van de arts Pinkhof. Hij geeft naar aanleiding van publicaties in de Verenigde Staten en Engeland, een korte weergave van de discussie over 'euthanasie' elders in de wereld. [49] Pinkhof lijkt de – afwijzende - mening van de Franse arts Maréchal die hij uitgebreid citeert, te delen:

> Wien zou het recht moeten worden toegekend, om het doodvonnis te vellen? Een rechtbank van hoogstaande geneeskundigen? En deze zoud dan den zieke moeten ondervragen, onderzoeken. En hij, de beschuldigde, zou weten dat de rechtbank slechts tusschen doodvonnis en vrijspraak de keuze zou hebben. Wie zou de aanklacht indienen? De zieke, of de familie, of de 'gemeenschap'? Of zou de instemming van alle drie worden vereischt? En als die hoogstaande geneeskundigen eens zouden dwalen? De zieke, zegt Maréchal heeft het doodvonnis niet noodig: zijn lijden kan worden verzacht zonder het leven te verkorten. En overbodig is zijn bestaan niet, menige zieke sticht door zijn voorbeeld van lijdensmoed meer nut dan vele anderen.[50]

De arts Van Balen acht het in 1923 zinvol om de medische plichtenleer uit het standaardwerk van Hufeland nog eens weer te geven.[51] Als algemene stelregel voor de verplichtingen jegens de patiënt geldt volgens de auteur: "Rigt al uw handelingen zóó in, dat daardoor het hoogste doel van uw beroep, behoud des levens, herstelling der gezondheid, en verzachting van het lijden van anderen, zoo veel mogelijk bereikt wordt."[52] Of anders geformuleerd: "Het leven der menschen te behouden en zoo mogelijk te verlengen, is het hoogste doel der Geneeskunde, en iedere geneesheer heeft gezworen, niets te doen, waardoor het leven van eene mensch kan verkort worden."[53] De auteur citeert Hufeland:

> Wanneer een lijder door ongeneeselijke kwalen gepijnigd wordt, wanneer hij zichzelve den dood toewenscht, ... , hoe ligt kan dan zelfs in de ziel des braven mans de gedachte oprijzen: zoude het niet geoorloofd zijn, ja zelfs pligt om dien ellendige een weinig vroeger van zijnen zwaren last te bevrijden, of het leven der vrucht aan het welzijn der moeder op te offeren? – Hoe veel doorschijnends deze redeneering voor zich heeft, hoe zeer zij ook door den taal van het hart kan ondersteund worden, is zij toch valsch, en eene daarop gegronde handelwijze

[49] Anders dan in Nederland zijn met name in Duitsland en Engeland tussen 1870 en 1840 debatten gevoerd over 'euthanasie'. Incidenteel, zoals in het geval van Pinkhof, zijn er aanwijzingen dat deze debatten ook in Nederland bekend zijn.

[50] Pinkhof 1904: 1479-1480.

[51] De morele regels waaraan artsen zich moeten houden worden in C.W. Hufeland, *Enchiridion Medicum. Handleiding voor de geneeskundige praktijk* (Amsterdam 1841, vertaling van het oorspronkelijke Duitse werk uit 1836 door H.H. Hageman jr.) beschreven in de laatste 25 pagina's van twee duimdikke boeken over diagnostiek van en remedie voor kwalen.

[52] Van Balen 1923-1924: 170.

[53] Van Balen 1923-1924: 176. De auteur doelt hier op de 'Eed van Hippocrates': "Ik zweer.... De geneeskundige behandeling zal ik aanwenden ten nutte der zieken naar mijn vermogen en oordeel; ván hen houden wat ten verderve of tot letsel kan zijn. Ik zal aan niemand, ook niet op zijn verzoek, enig dodelijk geneesmiddel toedienen, noch mij lenen tot enig advies van die aard..." (Dupuis 1994: 11). De Nederlandse artseneed van 1878 luidt echter anders: "Ik zweer (beloof), dat ik de genees-, heel-, en verlos- (....) kunst volgens de daarop wettelijke vastgestelde bepalingen naar mijn beste weten en vermogen zal uitoefenen en dat ik aan niemand zal openbaren wat in die uitoefening als geheim mij is toevertrouwd of ter mijner kennis is gekomen, tenzij mijne verklaring als getuige of deskundige in regten gevorderd of ik anderszins tot het geven van mededeeling door de wet verpligt worde" (Artikel 21 van de Wet houdende Regeling der Voorwaarden tot Verkrijging der Bevoegdheid van Arts, Tandmeester, Apotheker, Vroedvrouw en Apotheker-bediende, *Staatsblad*, 1878, nr. 222: 8).

> zoude in den hoogsten graad onregtvaardig en strafbaar zijn. Zij neemt het wezenlijke des geneesheers geheel weg. Hij moet en mag niets anders doen, dan leven behouden, ...[54]

De auteurs van een boek over opium en morfine vinden op een ander punt aansluiting bij Hufeland. Zij halen met instemming het volgende citaat aan:

> Wie zou geneesheer willen zijn zonder opium? Hoeveel zieken heeft dit medicament niet aan de wanhoop ontrukt? Want wat het meest merkwaardige is in zijn werking, is, dat het zich niet bepaalt tot het doen verdwijnen van lichamelijke pijnen, maar dat het kracht geeft aan de ziel, haar opbeurt en rust geeft. Een der kostbaarste gevolgen van deze bedarende eigenschap bestaat daarin, dat de dood zachter wordt in moeilijke gevallen, dat het de euthanasie verschaft, die ook dan nog een heilige plicht is voor den geneesheer en zijn schoonste zegepraal, wanneer hij de banden van het leven niet meer kan vasthouden...[55]

De auteurs menen dat het ontzeggen van morfine aan ernstig lijdende stervenden een wreedheid is tegenover patiënt en familie. “Het bevorderen van een zachten dood, als dit geschieden kan zonder het leven in gevaar te brengen, de euthanasie in dezen zin opgevat, schijnt mij voor den geneesheer een niet te betwijfelen plicht”. Een einde maken aan het leven van een iemand die ongeneeslijk ziek is en ondraaglijk lijdt – volgens de auteurs ook wel aangeduid met ‘euthanasie’ – achten zij daarentegen “bij onze moraal en den tegenwoordige stand der geneeskundige wetenschap zelfs niet voor bespreking vatbaar”.[56]

Een artikel van de katholieke arts Van de Loo is een van de bronnen waarop de auteurs van het boek over morfine zich baseren bij het bepalen van de heersende moraal. Van de Loo meent dat rechtstreeks doden – een middel toedienen met als doel de dood te verhaasten – door God verboden is.

> Het doet er ook niets toe, of de zieke zelf er om vraagt, want evenzeer als de zieke het recht mist over eigen leven te beschikken en rechtstreeks het einde daarvan te verhaasten, wijl God alleen Heer en Meester is over ons leven, evenzeer mist de dokter het recht den zieke daartoe de middelen te verschaffen.[57]

Bewustzijnsberoving door middel van pijnbestrijding mag, volgens Van de Loo, als de zieke zijn geestelijke en materiële zaken op orde heeft. Een voorwaarde die hij daarbij stelt is dat de zieke ermee instemt. Een eventuele bekorting van het leven is acceptabel als niet gewild neveneffect van de pijnbestrijding.[58]

De gereformeerde arts - later hoogleraar - Lindeboom maakt een onderscheid tussen ‘natuurlijke’ en ‘kunstmatige euthanasie’. Van ‘natuurlijke euthanasie’ spreekt hij wanneer de dood wordt ondergaan als een vanzelfsprekendheid. Omdat deze dood maar zelden voorkomt kan de moderne mens die in alles zekerheid eist, zich niet tevreden stellen met deze ‘natuurlijke euthanasie’, aldus Lindeboom. De moderne mens roept om een, zo nodig ‘kunstmatige euthanasie’, die hem een veilige aftocht verzekert. Twee psychologische

---

54 Van Balen 1923: 176; Hufeland 1841. Deel 2: 414.
55 Bijlsma e.a 1925: 50; Hufeland 1841. Deel 2: 359.
56 Bijlsma e.a. 1925: 50.
57 Van de Loo 1923: 141.
58 Van de Loo 1923: 145-155. Van de Loo baseert zich hierbij op de geneeskundige plichtenleer van de Belgische professor in de zedenleer Salsmans.

wortels liggen, volgens Lindeboom, ten grondslag aan ‘euthanasie’: angst om in duldeloze pijnen te moeten sterven en medelijden dat het onzegbaar zware lijden van anderen niet kan aanzien en vraagt om dit te verhelpen en te voorkomen. De wens tot ‘euthanasie’ kan in het verlengde hiervan, twee vormen aannemen: recht op de dood voor wie het leven te pijnlijk is geworden en verzachting van lijden. [59]

Lindeboom wijst - zowel als christen als in zijn hoedanigheid van arts - actieve directe levensbeëindiging af. Artsen voelen, volgens Lindeboom, instinctief aan dat de waardigheid van hun ambt in gevaar komt, wanneer zij een vrijere opvatting huldigen op dit punt. Zij willen als bestrijders van de dood geen enkele concessie doen. Bovendien zijn artsen zich bewust van de beperktheid van hun kennen en in het bijzonder van de feilbaarheid van hun prognose en diagnose. ‘Euthanasie’ in de vorm van pijnbestrijding is in Lindebooms optiek wel toelaatbaar. Hij maakt er gewag van dat sommige mensen morfine weigeren, omdat ze – op religieuze gronden – menen, dat ze het sterven bewust mee moeten maken. Lindeboom denkt dat in veel gevallen de pijn adequaat bestreden kan worden zonder bewustzijnsbeneveling. Het argument geen morfine te geven omdat mensen er verslaafd aan raken, wijst Lindeboom bij stervenden van de hand. ‘Passieve euthanasie’, in de betekenis van het zich onthouden van elke nodeloze therapeutische ingreep als alle hoop vervlogen is, acht Lindeboom eveneens toelaatbaar.

Samenvattend kan gesteld worden dat uit publicaties blijkt dat de term ‘euthanasie’ in de vooroorlogse medisch-ethische literatuur gebruikt wordt in vier verschillende betekenissen: de dood als een vanzelfsprekend ondergaan van het sterven; de dood als een gewild gevolg van een actief ingrijpen; de dood als neveneffect van pijnbestrijding, zoals het gebruik van opiaten; en de dood als gevolg van het nalaten van medisch ingrijpen. De dood als een gewild gevolg van een actief ingrijpen wordt door alle auteurs afgewezen. Over het toepassen van deze vorm van ‘euthanasie’ door artsen in Nederland is nagenoeg niets bekend. Een aanwijzing dat artsen daartoe soms wel overgingen is het feit dat Menno ter Braak bij zijn zelfdoding geholpen is door zijn broer, een arts.[60]

Een onderwerp dat nauw gerelateerd is aan levensbekortend handelen door artsen betreft de vraag of de ten dode opgeschreven zieke de waarheid omtrent zijn toekomst moet worden onthuld. Lindeboom meent dat men vroeger dacht dat het wreed was om dat te doen en dat de mededeling de kwaal zou doen verergeren.[61] Voor christenen staat daar tegenover dat het beter zou zijn als ze gewaarschuwd het laatste oordeel tegemoet gaan en dat men daarom samenwerking tussen arts en geestelijke in deze kwestie mag verwachten. Lindeboom is van mening dat katholieken het in deze gemakkelijker hebben. Zij geraken op de hoogte van hun naderende einde doordat de priester hen het laatste oliesel komt brengen. In Lindebooms optiek is een priester meer geschikt om iemand op de dood voor te bereiden dan een arts.[62]

---

[59] Lindeboom 1931: 205-230. Ook Lindeboom geeft er blijk van op de hoogte te zijn van de discussie over ‘euthanasie’ elders in de wereld.

[60] Hanssen 2001: 562.

[61] Van Balen schrijft – zich baserend op Hufeland – dat de arts er alles aan moet doen om de zieke niet de hoop en de moed te doen verliezen. Daarom is het verkeerd als de arts de zieke het gevaar of de dood aankondigt. Hufeland vervolgde in zijn boek: “Mij zijn twee gevallen bekend, waar twee voortreffelijke geneesheren zich door dringend bidden des lijders lieten bewegen, om hun de ongeneeslijkheid hunner kwalen te openbaren, het onmiddelijk gevolg was, dat beide lijders zich om het leven bragten.” (Van Balen 1923: 177; Hufeland 1841. Deel 2: 415).

[62] Lindeboom 1931: 218-219.

In 1936 brengt de NMBG een boekje uit waarin de medisch-ethische regels voor artsen uit de doeken wordt gedaan. Dat de medische ethiek voornamelijk gericht is op uiterlijkheden van de praktijkvoering – zoals reclame maken – en collegiale verhoudingen blijkt uit het feit dat slechts twee hoofdstukken over andere zaken gaan. Het ene hoofdstuk handelt over het beroepsgeheim en het andere bespreekt een aantal facetten van verschillende godsdiensten waar artsen mee te maken kunnen krijgen.[63] De verhouding tussen arts en patiënt komt in deze twee hoofdstukken slechts incidenteel aan de orde. Het betreft een passage die handelt over de oprechtheid van de arts tegenover de patiënt en een andere passage waarin de vraag gesteld wordt of toestemming van de patiënt voor een operatie noodzakelijk is. Wat dit laatste betreft acht men het verstandig zich vóór een operatie van de toestemming van de patiënt te verzekeren.[64] De passage over de oprechtheid van de arts blijft tot in de jaren zeventig regelmatig aangehaald:

> De patiënt heeft tot zekere grens het recht te weten wat hem deert. … Maar er ligt in dit opzicht een zeer groote moeilijkheid. Oprechtheid is een groote deugd voor den medicus, maar impliceert dit dat hij steeds de volle waarheid verplicht is te zeggen? Moet hij zijn patiënt deelgenoot maken van de sombere vooruitzichten die zich aan zijn geestesoog vertoonen? Zeker niet. Allereerst kan hij zich vergissen… Maar verder: hij zou zijn patiënt onberekenbare schade berokkenen, als hij hem de hoop ontnam… De arts heeft tot taak het leven te verdedigen, de pleitbezorger van dat leven te zijn... Maar bij zeer velen komt de tijd dat zij besef krijgen van den werkelijke stand van zaken. Voelt de medicus dat de patiënt **wil** weten, dat hij helder en klaar den toestand onder de oogen **wil** zien, dan ligt in een volkomen negeeren van het dreigend gevaar iets onzuivers, iets onwaardigs... Over het algemeen moet men niet te snel ongunstige vooruitzichten kenbaar maken. Ook sterke karakters, ook overgegeven naturen, valt het moeilijk langen tijd den dood in het aangezicht te staren… [65]

---

[63] Hierbij kan gedacht worden aan de noodzaak tot doop bij een stervende pasgeborene van rooms-katholieke ouders en aan het achterwege laten van besnijdenis bij een joodse baby in een familie met haemofilie.

[64] Colenbrander, Fehmers en Hammes 1936: 34. Het is opvallend hoe gering de rol is die het recht speelt in publicaties als deze. Natuurlijk kan men er wat betreft het beroepsgeheim niet omheen maar voor de rest is het recht afwezig. Een voorbeeld is te vinden ten aanzien van de abortus ten behoeve van het behoud van het leven van de moeder. De auteurs gaan in op het verbod dat op een dergelijk handelen rust binnen de katholieke kerk maar de vraag of de arts hier mogelijk in aanraking komt met het strafrecht komt niet aan de orde.

[65] Colenbrander e.a. 1936: 17-18. In een noot wordt hieraan een passage toegevoegd die lijkt op de waarschuwing van Hufeland:

> Dr. Pinkhof vermeldt een aardig geval dat zich in Amsterdam voordeed. Een arts, die een hoogleraar consulteerde voor een ernstige hartaandoening drong op onbewimpelde mededeeling der diagnose aan. Bij uitzondering voldeed de professor aan dit verzoek. Het gevolg was, ook bij dezen man, die meende daar wel tegen te kunnen, volkomen ineenstorting van arbeidvermogen en levenskrachten. De hoogleeraar heeft toen een broer van den collega overreed dezen aan te raden een Leidschen professor te raadplegen. Tot dezen richtte hij schriftelijk het verzoek den patiënt te zeggen dat zijn eigen diagnose onjuist was. De psychologische uitwerking heeft beantwoord aan de verwachting (Colenbrander e.a. 1936: 143).

1.4 Overig materiaal omtrent euthanasie en hulp bij zelfdoding

Als 'euthanasie' aangemerkte rechtszaken

Tussen 1886 en 1945 zijn er, voorzover wij weten, vier rechtszaken geweest waarin sprake is geweest van overtredingen van artikel 293 of 294 van het Wetboek van Strafrecht.[66]

Het eerste geval deed zich voor in 1908 in Amsterdam. Het betrof een stuurman die zijn verloofde op haar verzoek met een pistool neerschoot, maar niet dodelijk trof. Wegens poging tot levensberoving op verzoek, werd hij veroordeeld tot twee jaar gevangenisstraf. Twee jaar later veroordeelde de rechtbank in Amsterdam een 21-jarige magazijnbediende die zijn 17-jarige vriendin – naar zijn zeggen, op haar verzoek – met revolverschoten om het leven bracht. De man werd veroordeeld wegens moord. De rechters vonden artikel 293 niet van toepassing, omdat het niet ging om een uitdrukkelijk en ernstig verlangen. In 1944 vernietigde de Hoge Raad een arrest van het Amsterdamse Gerechtshof betreffende een kantoorbediende die zijn zwangere vriendin had gewurgd. De man was veroordeeld wegens doodslag en ging in beroep omdat rechtbank en hof niet ingegaan waren op zijn verweer dat hij handelde op verzoek van het meisje. Het meisje wilde geen abortus maar wilde ook haar ouders niet te schande maken. De Hoge Raad vernietigde het arrest en verwees de zaak naar het Gerechtshof Den Haag.[67]

Verder is bekend dat de schrijver Hein Boeken (1861- 1933) terechtgestaan heeft voor hulp bij zelfmoord. Het echtpaar Boeken verloor zijn zoontje en bleef kinderloos achter. Mevrouw Boeken werd daardoor psychisch ziek en vroeg haar man haar te doden wanneer ze nog eens in een crisis zou geraken. Hij zei haar dat toe. Een vriendin van het echtpaar, de auteur Salomons, schrijft in haar herinneringen:

> Er kwam een nacht, waarin hij wist, dat de waanzin weer over haar kwam. Hij gaf haar een dosis slaappoeders, die naar hij meende dodelijk zou zijn. Maar zij kwam weer bij. Nogeens kreeg hij de kans, alles ongedaan te maken. Maar ze zou bitter moeten lijden en hij had het beloofd. Pas in den ochtend lag ze stil en plechtig. "Bevrijd", dacht hij extatisch en ging onmiddelijk door de stille straten naar het politiebureau om zich aan te geven.[68]

Een voorstander en een tegenstander aan het woord

In de periode tussen de totstandkoming van het Wetboek van Strafrecht in 1886 en 1945 verscheen er slechts zeer incidenteel een publicatie over levensbeëindiging. Naast de medisch-ethische publicaties die in de vorige paragraaf zijn besproken is dat een brochure van de publicist Greeve en een aantal publicaties van een katholieke priester, de rechtsfilosoof Bender.

Van de hand van Greeve verscheen in 1923 een boekje met als titel *Zelfmoord (met ideeën betreffende eene wettelijke regeling)*. Greeve, die de term 'zelfdoding' prefereert boven 'zelfmoord', is van mening dat niet iedere vorm van zelfdoding als verwerpelijk moet worden

---

66 Voor de eerste drie zaken zie Herbergs 1984: 151.

67 *Nederlandse Jurisprudentie* 1944, nr. 314.

68 Salomons 1957: 13-14. Hein Boeken werd vanwege de psychische ontreddering waarin hij zich op het moment van de daad bevond, ontslagen van rechtsvervolging (Charité (red) 1985: 40).

beschouwd. In Greeves optiek moet als grondregel van individuele vrijheid gelden, dat in een samenleving slechts dat verboden moet zijn, wat een algemeen belang schaadt.[69]

Greeve, die zich in positieve termen over de doktershulp bij de dood van zijn moeder uitlaat[70], meent dat het "de naastliggende plicht van den staat is ... het scheiden uit het leven niet te verzwaren, maar integendeel zoveel mogelijk te verzachten".[71] Hij komt dan ook met een 'Ontwerp van wet, betreffende hulpverleening aan persoonen, die wegens ziekten of lichaamsgebreken uit het leven wenschen te scheiden'. In dit ontwerp stelt Greeve hulp van rijkswege voor aan personen die dood willen vanwege hun ziekte of gebrek. Eisen die hij bij die hulp stelt zijn: een – liefst schriftelijk – verzoek; een toetsing vooraf van de situatie, met name wat betreft de mate van ziekzijn. Het verplichte karakter van de hulp wordt ingegeven door de mate van ziek zijn van de patiënt. Het toe te passen middel wordt gekozen door een daartoe aangewezen arts, samen met de behandelend arts. Greeve meent dat de aangewezen arts het middel moet toedienen en dat hij bij de patiënt moet blijven totdat de dood is ingetreden.[72] Greeve sluit zijn boekje af met de wens dat er een "vereeniging ter propagandeering" van hetgeen in het wetsontwerp wordt voorgesteld, wordt opgericht.

Bender is een tegenstander van levensbeëindiging ongeacht of dit op verzoek plaatsvindt. Hij heeft rond 1938 vier boeken geschreven met als thema: Gij zult niet doden.[73] Bender meent dat het recht op leven een natuurrecht is. Het recht op leven komt de mens voorafgaand aan elk staatsverband toe. Alleen het feit dat de mens leeft, is al voldoende om hem ook recht op leven te geven. Als de mens zijn plicht doet, kan de staat en het staatsgezag hem het recht op leven niet ontnemen. En, in de woorden van Bender: "als zij die bevoegdheid niet hebben, kunnen zij die bevoegdheid ook niet aan anderen verleenen, b.v. aan de politie, aan legeraanvoerders, aan geneesheeren, enz.".[74] Uit de stelling dat het leven de mens toekomt krachtens de natuurwet, vloeit, volgens Bender, voort dat het recht op het leven een onvervreemdbaar recht is.[75]

Bender omschrijft 'doden' als "aan het menschelijke lichaam die natuurlijke factoren, die gesteltenissen ontnemen, die uit den aard van de zaak noodzakelijk zijn, opdat de ziel in het lichaam blijve."[76] Bender maakt een onderscheid tussen direct en indirect doden. Direct doden bestaat in twee vormen: een handeling verrichten met de bedoeling het leven te ontnemen, en een uit zijn aard dodelijke handeling verrichten die gebruikt wordt als middel om een ander doel te bereiken. Het voorbeeld dat Bender noemt bij de laatste vorm is het

---

69 Greeve 1923 : 34.

70 Zij leed aan een ongeneeslijke kanker en vroeg haar huisarts een einde aan haar leven te maken:

> Haar toestand kon slechts door verdoovende middelen nog eenigermate dragelijk worden gemaakt. De arts schijnt de dosis er van steeds te hebben vergroot. Eens moet hij aan moeder hebben gezegd, dat ze slechts één pil of poeder er van tegelijk mocht nemen, en alleen op den gezetten tijd, want dat er anders gevaar bij was. Niettemin liet hij bij 't weggaan 't volle doosje of fleschje op 't bedtafeltje staan. Den volgenden dag was moeder dood en 't doosje leeg (Greeve 1923: 53).

71 Greeve 1923: 55.

72 Greeve 1923: 56- 59.

73 Deel I *Levensrecht–dooden–euthanasie–vruchtafdrijving* (Hilversum 1937); Deel II *Zelfverdediging-doodstraf-oorlog en opstand* (Hilversum 1938); Deel III *Levensplicht en zelfmoord*: *Gevaren vermijden–verhaasten van den dood–duel* (Hilversum 1938); Deel IV *Verminken en onvruchtbaar maken* (Hilversum 1939).

74 Bender 1937: 25.

75 Bender 1937: 25-26.

76 Bender 1937: 39.

geven van zwaar vergif om de pijn te bestrijden. De overeenkomst tussen beide vormen is dat doden het onmiddellijke voorwerp van de wil is.

Daarnaast zijn er daden, aldus Bender, die op zich niet identiek met doden zijn en dus ook niet uit zijn aard de dood van een ander tengevolge hebben. De dood kan in deze gevallen wel een kwaad gevolg zijn. Indirect doden kan, volgens Bender, mogelijkerwijs geoorloofd zijn als aan de volgende vereisten is voldaan: men heeft alleen een goed gevolg nagestreefd; de daad in zichzelf is geen zedelijk kwaad; het goede gevolg komt niet voort uit het kwade gevolg en het goede gevolg weegt op tegen het kwade gevolg.[77] Op deze wijze kan pijnbestrijding met als neveneffect de verhaasting van de dood, gerechtvaardigd zijn.[78]

Bender beschouwt de lengte van het leven op zich niet als van het allergrootste belang. Het leven is voor de mens geen doel maar middel. De goedheid en volmaaktheid van het leven wordt voor een niet gering deel bepaald door het peil van het leven. Duur en hoedanigheid hangen samen en ze kunnen elkaar ook min of meer in de weg staan. Als dat het geval is kan het gerechtvaardigd zijn de duur van het leven niet boven alles te stellen. Met andere woorden: niet elk middel dat de levensduur kan verlengen, moet ingezet worden. Van behandeling kan worden afgezien, als kwaliteit en kwantiteit niet meer samen opgaan.[79] Bender maakt wat betreft middelen die gebruikt kunnen worden, een onderscheid tussen gewone en buitengewone middelen. [80] Een mens is verplicht de gewone middelen aan te wenden, maar hij is niet verplicht de buitengewone middelen in te zetten. Het nalaten van een handeling die een noodzakelijke levenswerking betreft, zoals eten en drinken, is een vorm van rechtstreeks doden en dus ontoelaatbaar.[81]

Bender omschrijft ‘euthanasie’ als “de toepassing van medische (of soms ook andere) middelen, om een bepaald persoon, wiens leven geen waarde meer heeft omdat het hem niets dan ellende brengt, een zachten dood te bezorgen.”[82] Iemand een zachte dood bezorgen kan op twee manieren geschieden. De eerste is het bestrijden van pijn zonder dat de patiënt sterft ten gevolge van de pijnbestrijding. De dood van de patiënt is het gevolg van de ziekte of het gebrek waaraan hij ook gestorven zou zijn als de dokter niet had ingegrepen. De tweede manier is iemand bevrijden van de pijn of andere ellende door te doden. Deze manier noemt Bender “euthanasie in den strikten zin van het woord”.[83]

‘Euthanasie’ in de laatste betekenis moet, volgens Bender, altijd en zonder enige uitzondering verworpen worden, omdat het hier doden betreft en dus een schending van het recht op leven. Instemming of verzoek brengt daar geen verandering in want het recht op leven kan en mag immers niet afgestaan worden.[84] Ook medelijden vormt geen rechtvaardiging voor ‘euthanasie’.[85] Naast de verwerping van de ‘euthanasie’ op basis van het argument dat het recht van leven een natuurrecht is noemt Bender nog drie andere

77 Bender 1937: 29-32. Ook wel aangeduid als ‘de doctrine van het dubbele effect’.
78 Bender 1937: 70.
79 Bender 1938 (III): 114-115.
80 Bender 1938 (III): 109. Een buitengewoon middel omschrijft hij als een middel dat in ernstige mate bezwaarlijk is voor degene die het moet aanwenden omdat het in ernstige mate in strijd is met het goede leven waartoe de mens bestemd is. Het middel vermindert in ernstige mate het peil van het leven, het levensgeluk, de levensvolmaaktheid (Bender 1938 (III): 119).
81 Bender 1938 (III): 72-74.
82 Bender 1937: 65.
83 Bender 1937: 65.
84 Bender 1937: 67.
85 Bender 1937: 66

argumenten tegen ‘euthanasie’: de praktijk van de ‘euthanasie’ geeft het vertrouwen van de mensen in de artsen een gevoelige knak; de arts kan zich vergissen omtrent de diagnose en prognose; het verzoek van iemand, die zware pijnen te verduren heeft, is geen voldoende grond om aan te nemen, dat die persoon dan ernstig verlangt om van het leven beroofd te worden.[86]

Bender merkt op dat men spreekt over het recht op de dood, dat aan ongelukkige mensen zou toekomen. Dit ‘recht op de dood’ zou betekenen dat mensen het recht hebben om zichzelf te doden en van anderen, bijvoorbeeld artsen, te eisen, dat zij de dood toebrengen door een inspuiting of een ander geneeskundig middel.[87] Deze opvatting wordt zijn inziens afdoend weerlegd, door te wijzen op de intrinsiek zedelijke slechtheid van zelfmoord en ‘euthanasie’.[88] De in Nederland bestaande artikelen 293 en 294 moeten in zijn optie dan ook gehandhaafd blijven.[89]

TER AFSLUITING

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan juridische aspecten die van belang zijn voor het levensbeëindigend handelen door artsen, en is een schets gegeven van medisch-ethische opvattingen daaromtrent. Een aantal zaken vallen op. Ten eerste speelt het recht, alhoewel levensbeëindigend handelen al dan niet op verzoek en zowel in de vorm van een handelen als van een nalaten, strafbaar zijn gesteld, amper een rol in de medische discussies. Aan de andere kant kan gesteld worden dat wetgever en rechtsgeleerden bij de opstelling van het Wetboek van Strafrecht ook nauwelijks aan dokters hebben gedacht. Ten tweede valt op dat publicaties van artsen over levensbeëindigend handelen in de tijd voor 1945 in Nederland – anders dan bijvoorbeeld in Engeland en Duitsland - nauwelijks te vinden zijn. Actief levensbeëindigend handelen door dokters wordt door geen van de genoemde artsen gebillijkt. Ten derde is het opvallend dat de bronnen voor medische ethiek oud zijn en dat er geen behoefte lijkt te zijn aan nieuwere opvattingen. Het lijkt met name de door pijnbestrijding bespoedigde dood te zijn die rechtvaardiging behoeft, een thema overigens dat na 1945 opnieuw opgepakt wordt. Het nalaten van medisch handelen waardoor de dood bespoedigd wordt, dat later onderwerp van debat zal worden, speelt amper een rol. Ten slotte is duidelijk dat alhoewel er wel enige aanwijzingen zijn dat artsen betrokken zijn bij levensbeëindigend handelen, de rechtszaken omtrent levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding allemaal betrekking hebben op mensen die geen arts zijn.

Buiten het medische domein zijn twee auteurs van belang. Aan de ene kant is dat Greeve die als eerste in Nederland de vrijheid van zelfdoding propageert. Aan de andere kant is dat Bender die het aloude katholieke natuurrechtelijke argument tegen doden laat horen. De argumenten die Bender verwoordt – zoals het moreel relevante onderscheid tussen direct en indirect doden; het onderscheid tussen gewone en buitengewone middelen; de twijfel aan de mogelijkheid van een vrijwillig verzoek en het beschadigen van het vertrouwen in de medische stand - zullen in de jaren na de Tweede Wereldoorlog nog vaak herhaald worden.

---

[86] Ook zelfmoord is een zedelijk kwaad en moet verworpen worden. Hiervoor voert Bender drie gronden aan: zelfmoord is tegen de liefde voor zichzelf; zelfmoord schendt Gods recht en zelfmoord is tegen het recht van de gemeenschap (Bender 1938 (III): 38-45).

[87] Bender geeft er zowel in deel III als in deel I blijk van op de hoogte te zijn van de propaganda voor legalisering van euthanasie in Duitsland en Engeland (Bender 1937: 66; Bender 1938 (III): 63).

[88] Bender 1938 (III): 59.

[89] Bender 1938 (III): 67. Ook in deel I heeft hij gesteld dat de staat de ‘medische euthanasie’ als een ernstige misdaad dient te brandmerken en te straffen (Bender 1937: 70).

Tussen 1940 en 1945 krijgt de term ‘euthanasie’ een sinistere betekenis. Deze periode zal in dit boek geen aandacht krijgen omdat in het proces van rechtsverandering ten aanzien van euthanasie deze praktijken uitdrukkelijk verworpen worden en omdat deze praktijken in niets lijken op hetgeen door participanten in dat proces gerechtvaardigd wordt geacht. Bovendien zijn van deze periode geen Nederlandse publicaties over levensbeëindigend handelen door artsen en geen op Nederlandse praktijken betreffende publicaties bekend.

2 De vroege discussies over levensbekorting en levensbeëindiging (1945-1970)

Medisch handelen dat mogelijk het leven bekort is tot 1945 - zo blijkt uit het vorige hoofdstuk - amper onderwerp van reflectie geweest. In de periode 1945 tot 1970 verandert dit langzamerhand. Na een korte introductie van Nederland in de periode 1945-1970 komen in de eerste paragraaf, die de periode tot 1952 betreft, publicaties van met name theologen en artsen aan de orde waarin rechtstreeks dan wel zijdelings over levensbekortend handelen wordt gesproken. In de tweede paragraaf staat de eerste rechtszaak over euthanasie centraal, waarbij een arts betrokken is. De reacties op die zaak maken duidelijk, dat in verband met levensbeëindigend handelen door artsen niet alleen absolute ethische normen naar voren gebracht worden, maar dat ook meer relatieve, situatiegebonden opvattingen geuit worden. Dergelijke reacties duiden op veranderingen binnen het (medisch-) ethisch denken. Dit denken en de tekenen van veranderingen daarin wat betreft het ingrijpen in het sterfproces, staan centraal in de derde paragraaf. In de vierde paragraaf worden de gebeurtenissen besproken rondom Mia Versluis, een vrouw die tijdens een operatie in een onomkeerbaar coma geraakt. Het bekend worden van haar lotgevallen heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de groeiende publieke belangstelling voor het levenseinde en problemen daaromtrent. In de laatste paragraaf wordt de aandacht gericht op de tegen het einde van deze periode snel doorzettende veranderingen in de medische ethiek en de daarmee samenhangende veranderende opvattingen over levensbeëindigend handelen door artsen.

Na de Tweede Wereldoorlog wordt in Nederland met grote inzet gewerkt aan de wederopbouw. De door de rooms-rode coalities (het laatste kabinet Drees valt in 1957) gevoerde loonpolitiek - gedragen door de verzuilde werkgevers- en werknemersorganisaties - zorgt ervoor dat de opbrengst van de industrialisatie ingezet kan worden voor verdere ontwikkeling van het land. De inspanningen worden bekroond met een uitzonderlijke en langdurige economische groei. De met de wederopbouw gepaard gaande industrialisatie leidt in de jaren vijftig niet tot modernisering op het gebied van het persoonlijke leven. Gedragsregels met betrekking tot moraal en fatsoen worden nog strenger dan voor de oorlog. Het aantal echtscheidingen loopt na een aanvankelijke explosie in de bevrijdingstijd sterk terug in de daaropvolgende jaren, het aantal gemengde huwelijken neemt af en het aantal buitenechtelijke geboorten is in 1955 lager dan ooit.[1] In de jaren zestig echter verandert Nederland in hoog tempo. Righart beschrijft de belangrijkste veranderingen in de sociaal-culturele sfeer als “minder naar de kerk, meer naar school, minder werken en meer seks”.[2]

Op het terrein van de volksgezondheid komt in de periode 1945-1970 veel wetgeving tot stand. Het resultaat ervan is dat iedere Nederlander ervan verzekerd kan zijn dat de kosten van ziekte en voor gezondheidszorg in belangrijke mate vergoed worden. De gezondheidszorg bleef in het overgrote deel, net zoals voor de oorlog in handen van het particulier initiatief. Verzuiling vierde daarin hoogtij. Niet alleen de instellingen als ziekenhuizen en kruisverenigingen maar ook de artsen zelf waren, naast hun lidmaatschap

---

1 Righart 1995: 41.
2 Righart 1995: 59.

van de inmiddels Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunde (KNMG), georganiseerd op basis van religieuze achtergrond.[3]

Al deze particuliere instellingen vormden samen een netwerk van voorzieningen, waarvan de medici gebruik konden maken voor de behandeling van hun patiënten. De medicus had ondanks de gegroeide complexiteit van de curatieve gezondheidszorg zijn status van vrije beroepsbeoefenaar weten te handhaven en uit te breiden.[4] De rol van de medicus werd niet alleen kwantitatief belangrijker maar ook kwalitatief. Achteraf is dit proces, het dieper doordringen van medische overwegingen en medisch handelen in het leven van de gemeenschap en het individu, aangeduid als medicalisering.[5]

2.1 Publicaties over levensbekortend handelen tussen 1945 en 1952

In de periode 1945-1952 verschijnt er net zoals voor de Tweede Wereldoorlog slechts heel incidenteel een publicatie waarin artsen ingaan op het probleem van het levensbekortend handelen. De belangrijkste publicaties zijn een boekje van de vrijzinnig protestantse theoloog Van Mourik Broekman uit 1946 waarin enige ruimte voor levensbekortend handelen wordt gelaten, een artikel van de arts Van Dam die sterk afwijzend tegenover het verschijnsel staat en enkele artikelen die in 1950 verschijnen naar aanleiding van een rechtszaak in de Verenigde Staten van Amerika.

De eerste publicaties

Uit de publicaties blijkt dat de term ‘euthanasie’ ook na de Tweede Wereldoorlog in relatie wordt gebracht met een breed veld van levensbekortend handelen door artsen. Als voorbeeld kan hier Van Mourik Broekman dienen. Volgens Van Mourik Broekman gaat het bij ‘euthanasie’ om de vraag:

> of men aan de beëindiging van zijn leven mag medewerken wanneer die natuurlijkerwijs begonnen is door een ernstige ziekte ten doode; of men naar den maatstaf van het natuurlijke gerekend vóórtijdig een goeden of gelukkigen dood - dit drukt het woord uit - mag sterven. Een uit ellende geboren verlangen naar een vervroegd sterven geeft het wezen van euthanasie weer.[6]

De dood als neveneffect van pijnbestrijding en de ontijdige dood door het niet langer behandelen van de patiënt ziet hij als nauw verwant aan de ‘euthanasie’.

---

[3] Zo zijn de katholieke artsen verenigd in de Rooms Katholieke Artsenvereeniging die het *R.K. Artsenblad* uitgeeft en protestantse artsen in de Protestants-Christelijke Artsenorganisatie in Nederland met het blad *Soteria*.

[4] Een belangrijke bijdrage aan het gezag dat medici hadden was te danken aan de houding van medische stand in de oorlog. Nederlandse artsen hebben zich tijdens de Duitse bezetting georganiseerd buiten de – inmiddels krachteloze - NMBG om, onder de noemer ‘Medisch Contact’. Zij organiseerden protestacties in de vorm van brieven met duizenden handtekeningen tegen onder andere het verplichte lidmaatschap van de door de Duitsers ingestelde Artsenkamer. Het meest bekende voorbeeld van hun verzet is dat meer dan 5000 artsen op hun naambord en receptformulieren het woord ‘arts’ overplakten en doorhaalden (Van der Korst 1988: 322). Ter herinnering aan die tijd draagt het blad van de KNMG de titel *Medisch Contact*.

[5] Onder andere door de sociologen Illich (Illich 1976) en Zola (Zola 1973).

[6] Van Mourik Broekman 1946: 75. De opstellen zijn gedurende de oorlog geschreven in in 1946 postuum gepubliceerd.

Wat betreft de argumenten tegen mogelijk levensbekortend handelen is er sprake van zowel meer principiële als van meer praktische argumenten. De arts Van Dam stelt zich op het principiële standpunt dat het vraagstuk van de 'euthanasie' zijn beantwoording vindt in het dogma van de onvoorwaardelijke eerbied voor het leven, waarbij hij zich beroept op de eed van Hippocrates.[7] Van Mourik Broekman noemt als argumenten tegen 'euthanasie' dat het de opdracht van de arts is om het leven te behouden, verder het feit dat het praktisch onmogelijk is om een zekere prognose te stellen en het gevaar van misbruik. Hij erkent echter dat er uitzonderlijke situaties zijn waarin men "een ongelukkige mag helpen om rustig in te slapen". Van Mourik Broekmans conclusie ten aanzien van 'euthanasie' is

> Dat hier geen rechtsregel kan gelden voor den patiënt, die zich verantwoord acht tot dezen zachten vorm van zelfmoord over te gaan door hem b.v. te straffen, als de poging mislukt. Wel moet deze o.i. blijven gelden voor den medicus, die als principe van zijn ambt moet hooghouden dat hij het léven moet stutten ten uiterste, en dat hij niet den dóód mag dienen... Niemand zal hem echter met steenen mogen werpen, als hij in een gevoel van medeleven met den lijder dien bij exceptie, direct of indirect, een handreiking biedt ter verlossing uit het lijden.[8]

Het woord 'euthanasie' valt ook in een discussie over medische ethiek die in 1949 gevoerd wordt in het blad van de KNMG, *Medisch Contact*. De voorzet komt van de arts De Jongh die meer aandacht wil voor medisch-ethische problemen die in het praktisch handelen van artsen een rol spelen. De Jongh stelt vragen bij de wijze waarop tot dan toe medische ethiek bedreven wordt: het veronderstellen van medisch-ethische normen, waaruit in alle concrete gevallen de te volgen gedragslijn zou kunnen worden afgeleid. Hij geeft een aantal voorbeelden waarbij de oude werkwijze niet werkt. Een van die voorbeelden is de veronderstelling dat de arts een boven alle andere overwegingen uitgaand respect voor het leven moet hebben. De Jongh stelt dat deze regel uitzonderingen kent omdat zij anders ongewenste consequenties heeft, zoals een afwijzende houding ten opzichte van 'euthanasie'. Een dergelijke houding noemt De Jongh "in de praktijk niet uitvoerbaar":

> Welke arts neemt inderdaad alle mogelijkheden te baat om het lijden van een carcinoomlijder zo lang te rekken als hij dat zou kunnen, nog sterker wie durft te zeggen, dat hij het nooit, al is het dan nog zo weinig, door toediening van opiaten heeft bekort?[9]

Alhoewel er meerdere reacties zijn op De Jonghs artikel gaat niemand in op de stelling over levensbekorting.

Een rechtszaak in het buitenland

In 1950 wordt ook in Nederland bekend dat een Amerikaanse arts zich voor een rechtbank moet verantwoorden voor euthanasie. De desbetreffende arts, H.N. Sander, wordt ervan beschuldigd een van zijn patiënten om het leven te hebben gebracht door middel van het injecteren van lucht in de aderen.[10] In Nederland wordt van deze zaak onder andere verslag gedaan door het *R.K. Artsenblad*. De verslaggever staat afwijzend tegenover het handelen van Sander: "Noch in de beginselen, volgens welke hij zich moet laten leiden bij de

---

7 Van Dam 1950: 133.

8 Van Mourik Broekman 1946: 84-85.

9 De Jongh 1949: 529.

10 Dit is (na de Tweede Wereldoorlog) internationaal de eerste zaak die bekend is geworden waarin een arts beschuldigd wordt van euthanasie.

uitoefening van zijn beroep, noch in de wetenschap kan de medicus geldige redenen vinden voor euthanasie." Voor dit standpunt vindt hij niet alleen argumenten in de medische en christelijke ethiek maar ook in de overtuiging dat de goedkeuring van euthanasie ernstige consequenties heeft: "de 'demarcatielijn' tussen beschaving en barbarendom, tussen wet en de vendetta, dat alles stort ineen en sleept in zijn val de gehele maatschappij met zich mede."[11]

In *Medisch Contact* reageert de geneeskundige Sluyterman op deze zaak. Hij probeert tot een "persoonlijke zienswijze ten aanzien van euthanasie" te komen. Zijn antwoord op de vraag of de arts de "stervensure mag verlichten" of dat hij "het lijden moet rekken" luidt dat hij de doodstrijd met narcotica of op andere passende wijze zal verlichten, en daarbij desnoods doseringen zal toepassen boven de maximaal gebruikelijke. Maar, zo voegt hij daar aan toe, steeds met het doel het lijden te verzachten, nimmer met het doel de dood voortijdig in te roepen.[12]

Wat betreft de strafrechtelijke gevolgen stelt hij:

> kom ik dan in conflict met de wet, dan zal ik de gevolgen hebben te dragen voor de wet en voor mijn geweten. Het leven is nu eenmaal niet veilig, dát risico zal ik nemen en ik zal nooit verlangen dat een wet wordt uitgevaardigd, die de arts in die omstandigheden zou beschermen, maar die anderzijds zulke uiterst gevaarlijke consequenties zal hebben zowel voor de mens persoonlijk als voor de gemeenschap in haar geheel.[13]

De arts Schlichting, die reageert op Sluyterman, wijst erop dat 'euthanasie' niet een vraag is die alleen medici raakt, maar dat het een vraag is die iedereen aangaat. Het antwoord op de vraag of 'euthanasie' geoorloofd is, moet dan ook niet alleen door medici gegeven worden: "Evenmin zou men de vraag of het geoorloofd is iemand door electriciteit te doden, door electriciens laten oplossen".[14]

In een instemmende reactie op het artikel van Sluyterman komt naar voren dat het begrip 'euthanasie' niet duidelijk is:

> Verlichten en verzachten (euthanasie in die zin) zal, naar wij aannemen, weinig of geen tegenspraak ondervinden, evenmin als zijn afwijzing van het teweegbrengen van de dood, dus géén euthanasie in de zin, die het woord bij menigeen thans heeft gekregen.[15]

---

11 'Euthenasie', *R.K. Artsenblad* 1950: 271.

12 Sluyterman 1950: 205. De internist Stolte trekt ook de conclusie dat actieve levensbeëindiging niet geoorloofd is, dat de niet-gewilde dood als neveneffect van pijnbestrijding toelaatbaar is en dat er geen plicht bestaat de doodstrijd met alle ter beschikking staande middelen te verlengen (Stolte 1950: 196).

13 Sluyterman 1950: 205.

14 Schlichting 1950: 321.

15 Schulte 1950: 321. Dat het begrip 'euthanasie' onduidelijk is, meldt ook het hoofdbestuurlid van de KNMG Wibaut naar aanleiding van de vierde algemene vergadering van de Wereldgezondheidsorganisatie (Wibaut 1950: 959).
Tijdens deze vergadering is gediscussieerd over levensbekorting naar aanleiding van een aanbeveling aan de aangesloten artsenorganisaties om 'euthanasie' te brandmerken als strijdig met de medische ethiek. De vergadering kiest positie "tegen de groeiende neiging Euthanasie toelaatbaar te achten. De WMA heeft... de stelling aangenomen, dat Euthanasie onder alle omstandigheden te veroordelen is" (Hulst 1953: 507).

Samenvattend kan gesteld worden dat de verschillende betekenissen die aan de term 'euthanasie' gegeven worden niet wezenlijk veranderd zijn ten opzichte van de publicaties van voor de Tweede Wereldoorlog. Ook de argumenten tegen levensbekortend handelen door artsen vertonen grote overeenkomst met die van de voorafgaande periode. Actief levensbeëindigend handelen wordt door geen van de auteurs principieel verdedigd, hooguit wordt deze vorm als begrijpelijk gezien in een enkel individueel geval. De andere twee wijzen van levensbekorting worden door een aantal van de auteurs wel beschouwd als vormen van gerechtvaardigd medisch handelen.

Opmerkelijk is dat het recente verleden nauwelijks een rol speelt in het debat. De discussie lijkt in het algemeen tamelijk geïsoleerd plaats te vinden, verwijzingen naar anderstalige literatuur of naar pro-euthanasiebewegingen in andere landen ontbreken in de vakbladen voor artsen, medici en juristen.

2.2 Het eerste euthanasieproces in Nederland

De zaak van de Eindhovense arts

In 1952 moet voor het eerst in Nederland een arts zich voor een rechtbank verantwoorden voor het overtreden van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht. Het betreft een arts uit Eindhoven die een einde heeft gemaakt aan het leven van zijn broer. Voor de rechtbank verklaart de arts:

> Ik heb een broer gehad… die op 10 Febr. 1951… is overleden. Deze broer was, zoals ik wist, in ernstige mate lijdende aan tuberculose, gepaard gaande met een moeilijk te dragen lijden.[16] Verschillende malen, één keer in de maand Jan. 1951 en één keer in de maand Febr. 1951, kort voor zijn dood, heeft mijn broer mij geschreven en met aandrang verzocht hem te helpen een einde aan zijn leven te maken, omdat het lijden, dat hij door zijn ziekte moest doorstaan, bijna ondragelijk was geworden.[17]

De arts gaat naar aanleiding van deze brieven naar het sanatorium waar zijn broer verpleegd wordt. De broer herhaalt zijn verzoek en legt het schriftelijk vast en de arts besluit aan de wens gehoor te geven. Hij geeft de broer een doosje Codinovotabletten, die deze inneemt, en een injectie van ongeveer 60 mg. morfine. Een uur later is de broer overleden, aldus de verklaring van de arts.

De arts wordt door de rechtbank in Utrecht schuldig verklaard aan levensberoving op verzoek. Ter verdediging voert de raadsman onder andere aan dat de arts "zich gesteld ziende tegenover het ondragelijke lijden van zijn broer, niet kon, noch mocht weigeren gehoor te geven aan de stem van zijn geweten, welke hem gebood te voldoen aan den met aandrang geuiten wens van dien broer hem uit zijn lijden te verlossen." De rechtbank oordeelt echter dat de wetgever in gewetensconflicten geen grond heeft gevonden voor uitsluiting van de strafbaarheid van overtreding van artikel 293 van het Wetboek van

---

16 Het lijden van de broer wordt onder andere veroorzaakt doordat de tuberculose gepaard ging met een voor de patiënt en zijn omgeving afschuwelijke geur (Bronkhorst 1961: 54).

17 *Nederlandse Jurisprudentie* 1952, nr. 275: 580-581.

Strafrecht. Zij verwerpt het verweer en meent dat uit een oogpunt van generale preventie overgegaan moet worden tot strafoplegging maar zij

> wil volstaan met oplegging van een voorwaardelijke straf, aangezien het, voor zover haar bekend de eerste maal is, dat een geval van euthanasie aan het oordeel van den Nederlandschen rechter wordt onderworpen. [18]

De arts wordt veroordeeld tot een gevangenisstraf van één jaar voorwaardelijk met een proeftijd van één jaar. Een vonnis dat in hoger beroep door het Gerechtshof Amsterdam wordt bekrachtigd.[19]

Reacties op de zaak van de Eindhovense arts

Over de rechtszaak tegen de Eindhovense arts wordt in de publieke pers weliswaar gepubliceerd, maar de ophef die ontstaat is niet erg groot. De kranten volstaan met sobere berichten. De redactie van *Medisch Contact* weigert commentaar te leveren op de zaak. Ze noemt verschillende redenen voor deze terughoudendenheid:

> In de eerste plaats deze, dat in het algemeen, zolang het geval nog sub judice is, een inmenging van beroepszijde ongepast is. In de tweede plaats... dat wij als medici ons in dit speciaal geval van inmenging moeten onthouden, omdat het hier geen zuiver geval van medische ethiek betreft, en wel op grond van twee feiten: dat de dader niet de behandelend medicus was, en dus niet ex-officio handelde én het feit, dat hier de broederverhouding de psychische constellatie op bijzonder tragische wijze compliceerde.[20]

De redactie van het *R.K. Artsenblad* is het niet eens met deze terughoudendheid. Zij beoordeelt de houding van *Medisch Contact* als ontwijkend en teleurstellend en verwijst daarbij naar medische misdaden in nazi-Duitsland.[21]

Dat levensbeëindiging niet erg leeft onder het grote publiek blijkt ook uit het geringe aantal reacties op een prijsvraag van het Humanistisch Verbond. Deze organisatie schrijft, aansluitend op de actualiteit, in 1952 een prijsvraag uit, waarin mensen verzocht worden hun gedachten te verwoorden over “de wenselijkheid en de in de Nederlandse wetgeving te realiseren mogelijkheid om, onder nader aan te geven omstandigheden, het bekorten van het leven van zieke straffeloos te doen zijn”.[22] De ingestelde jury gaat niet over tot uitreiking van de prijs van honderd gulden omdat de inzendingen zowel kwalitatief als kwantitatief onder de maat zijn.[23]

---

18 *Nederlandse Jurisprudentie* 1952, nr. 275: 582.

19 Gerechtshof Amsterdam, vonnis 8 juli 1952, rolnummer 524/1952.

20 ‘Twee opmerkingen naar aanleiding van het ingezonden stuk van dr. A. Beek’, *Medisch Contact* 1952: 288.

21 *R.K. Artsenblad* 1952: 114-116. Dit leidt weer tot een felle reactie van Heringa namens de redactie van *Medisch Contact*:

> Het *R.K. Artsenblad* maakt zich o.i. schuldig aan de meer gemaakte fout, in geval van principieel meningsverschil lichtvaardig de tegenstander een vergelijking met de Duitse misdaden naar het hoofd te slingeren. Niet alleen ten eigen behoeve moeten wij deze wijze van discussie afwijzen, ook de beschuldigde arts willen wij tegen deze insinuerende bejegening verdedigen (Heringa 1952: 438).

22 *Mens en Wereld,* juni 1952, nr. 6: 6

23 De jury meldt de ontvangst van een zevental beschouwingen. Drie daarvan voldoen niet aan de formele eisen. De vier andere inzendingen komen volgens de jury niet voor de prijs in aanmerking. In

Van beroepszijde - ethici, juristen, artsen - zijn er reacties van Bender, Schippers, Van Holk en Bronkhorst. Zoals te verwachten – gezien zijn eerdere publicaties over levensbekorting – laat de hoogleraar rechtsfilosofie Bender een stellig afwijzend geluid horen.[24] Naast de in paragraaf 1.4 vermelde standpunten, brengt Bender naar voren dat het niet juist is om te stellen dat ‘euthanasie’ een medisch probleem is: uit medelijden doden kan iedereen en “geen handeling is zo radicaal in strijd met genezen als doden”.[25] De rector magnificus van de Vrije Universiteit Amsterdam Schippers, die inhoudelijk op hetzelfde standpunt als Bender staat – de arts, “de strijder voor het leven”, mag de middelen die de wetenschap hem geeft niet gebruiken om leven te vernietigen – is daarentegen wel van mening dat de kwestie van de ‘euthanasie’ een vraag is van de medische ethiek, een vraag die zich allereerst aan artsen opdringt.”[26]

Een jaar later schrijft de remonstrantse ethicus Van Holk een “zedekundig opstel” over de zaak van de Eindhovense arts, waarin een aantal nieuwe punten worden aangesneden. Onder de titel ‘Is euthanasie zedelijk verwerpelijk’ problematiseert Van Holk de door hem geconstateerde afstand tussen de zedelijke en de maatschappelijke beoordeling van de daad van de arts. De maatschappelijke beoordeling heeft geleid tot een veroordeling van de arts terwijl - en daar handelt het opstel over - moreel gesproken veel goeds over het handelen van de arts te zeggen valt.

Van Holk problematiseert de term ‘levensberoving’. Deze uitdrukking is, naar zijn mening, niet geschikt wanneer het gaat om “uit het lijden helpen”. Helpen staat voor een andere houding of gezindheid als beroven. De twee zijn, naar Van Holks overtuiging, niet vergelijkbaar naar hun innerlijke structuur en dat maakt artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht voor het zedelijk besef problematisch.

Van Holk vestigt de aandacht op de vraag wie bij de beslissing betrokken moet worden. Hij vraagt zich af of vanuit het oogpunt van voorzichtigheid - men is immers nooit zeker van een diagnose – het niet wenselijk is om een consult met twee collega’s te laten plaatsvinden alvorens over te gaan tot het toedienen van een fatale dosis. Op gespannen voet met de onzekerheid van de diagnose staat het recht van spreken van de patiënt. Het kan zijn, zo schrijft Van Holk, dat het leven hem niet zoveel waard is, dat hij daarvoor verder pijn wil lijden.[27]

Van Holk wijst er verder op dat er geen eenheid van levensbeschouwing bestaat binnen het Nederlandse volk ten aanzien van de vraag of leven hoe dan ook behouden moet blijven. Een dergelijke onenigheid maant tot terughoudendheid bij zowel de ethicus als de wetgever.[28]

---

aansluiting daarop wordt de termijn van inzending verlengd (*Mens en Wereld,* januari 1954, nr. 1: 6). Daarna is niets meer over de prijsvraag vernomen.

24 Bender 1953.

25 Behandeling tot genezing en levensbehoud is iets wat men, volgens Bender, terecht alleen aan deskundigen en dus aan medici toevertrouwt. Doden is een taak, die ook aan veel anderen veilig kan worden overgelaten (Bender 1953: 25).

26 Schippers 1952: 37-42. Oorspronkelijk geplaatst in *Nieuwe Haagse Courant* 8-3-1952.

27 Tegelijkertijd vindt Van Holk blijkbaar niet dat ‘euthanasie’ per definitie alleen thuishoort in de arts-patiëntrelatie. Het argument dat de handeling van de Eindhovense dokter in gaat tegen de eed van een arts, verwerpt hij met de stelling dat de arts niet gehandeld heeft als geneesheer maar als broer. Wanneer de man een ander beroep had gehad zou deze overweging niet kunnen gelden en ze is dus niet intrinsiek aan ‘euthanasie’, aldus Van Holk (Van Holk 1953: 91-92).

28 Van Holk 1953: 95-96.

Ten slotte merkt Van Holk nog op dat een arts soms voor conflicterende plichten komt te staan. Het conflict handelt om enerzijds “het stillen van ondragelijk lijden” en anderzijds het verdedigen van het leven.[29] Zoals gezegd, vindt Van Holk dat de betreffende arts een te rechtvaardigen keuze heeft gemaakt.

Het *R.K. Artsenblad* reageert op de rechtszaak met een speciaal aan ‘euthanasie’ gewijd nummer. Daarin spreekt de jurist Bronkhorst – die later als raadsheer zal participeren in het eerste arrest van de Hoge Raad over euthanasie - zich weliswaar uit tegen ‘euthanasie’ maar toont zich tevreden over het vonnis:

> Het feit dat een arts iemand opzettelijk van het leven berooft is zeker ernstig, ook wanneer de gedode zelf om zijn dood vroeg. Hoezeer een dergelijke handeling overigens ook moreel afkeurenswaardig moge zijn naar de overtuiging van de meeste christenen en vele niet-christenen, toch vragen wij ons af of de Rechtbank niet goed heeft gedaan om in dit geval een milde straf uit te spreken. De omstandigheid, dat het hier een broer betrof, die hevig leed en zelf vurig naar de dood verlangde, het feit, dat de Nederlandse rechter nog nooit in een geval van euthanasie een oordeel had behoeven te geven, wat erop wijst, dat deze handelwijze in Nederland niet sterk verbreid is, en verschillende andere omstandigheden, zoals de openlijkheid, waarmee de arts te werk ging, rechtvaardigen, naar onze mening, de gematigde strafoplegging.[30]

Het nummer van het *R.K. Artsenblad* bestaat naast de bijdrage van Bronkhorst uit een overweging van historische aspecten, een artikel over de bijbelse achtergrond van ‘euthanasie’ en twee artikelen die ingaan op de medisch-ethische kant van het probleem van de levensbekorting. Het eerste van de laatste twee artikelen is geschreven door de internist – tevens hoofdredacteur - Stolte, het tweede door de Franse jezuïet Tesson.[31]

Stolte denkt dat men, wanneer het lijden ondraaglijk, zonder uitzicht en zinloos lijkt te zijn, het beëindigen van het leven ziet als een middel om dit lijden te bestrijden. Ondraaglijkheid, uitzichtloosheid en zinloosheid zijn echter moeilijk vast te stellen, aldus Stolte. De subjectieve mening van de lijder daaromtrent is geen betrouwbaar gegeven omdat het lijden zijn oordeel kan vertroebelen. Gebrek aan objectiviteit constateert Stolte ook bij de

---

[29] Van Holk 1953: 93. Van Holk voegt daaraan toe: “Het is mij ... ook geheel onbegrijpelijk, hoe de Officier van Justitie dit geval van euthanasie in één adem heeft kunnen noemen met de Hitleriaanse uitroeiingspolitiek ten aanzien van zwakzinnigen en andere bevolkingsgroepen”.

[30] Bronkhorst 1953: 232. In 1961 zal hij – hij is dan inmiddels gepromoveerd op de rechtvaardigingsgrond van de overmacht - opnieuw zijn mening geven over ‘euthanasie’. Hij stelt dan “Als euthanasie niet alleen een verzachting van het lijden of een ‘Erleichterung des Sterbens’ is, maar een welbewust voortijdig beëindigen van het leven, is zij een misdrijf tegen het leven, dat misschien onder verzachtende omstandigheden wordt begaan, maar toch een ernstig misdrijf blijft.” In zijn optiek is de mens niet vrij over het leven van hemzelf of van anderen te beschikken en concludeert: “Als we deze vraag bevestigend beantwoorden, kunnen we ook geen redelijke bezwaren meer aanvoeren tegen de massale euthanasie van geesteszieken, van oude van dagen of van mensengroepen, die minderwaardig worden geacht en om die reden, zoals in het Nationaal Socialistische Duitsland is gebeurd, op grote schaal worden geliquideerd” (Bronkhorst 1961: 53).

[31] Tessons standpunt en zijn argumentatie zijn nagenoeg gelijk aan die van Bender en zullen hier niet beschreven worden.

arts. Ook die is soms te persoonlijk betrokken en kan in deze materie gemakkelijk op drift raken.[32]

Al met al kan geconcludeerd worden dat de beoordeling van de eerste euthanasiezaak in Nederland grote tegenstellingen kent. Enerzijds is er de absolute, op het natuurrecht gebaseerde, veroordeling van Bender, anderzijds de op de situatie toegesneden positieve beoordeling van Van Holk. De tegenstanders (Bender, Schippers, Stolte) uiten bekende argumenten. Daarbij gaat het enerzijds om principiële argumenten: de eerbied aan het leven verschuldigd en de arts als behoeder van het leven. En anderzijds om praktische argumenten als verstoring van het maatschappelijk leven en de ondermijning van het vertrouwen in de medische stand. Opvallend is dat de verwijzing naar nazi-Duitsland opduikt als tegenargument.

Mensen die wat positiever staan tegenover levensbekortend handelen door artsen - in de vorige paragraaf waren dat De Jongh en Sluyterman, in deze paragraaf Van Holk - zijn niet zo overtuigd van voor alle situaties geldende regels. Van Holk brengt bovendien het recht van de patiënt naar voren, wijst op het conflict van plichten waar een arts in terecht kan komen en stelt dat pluraliteit van opvattingen vraagt om terughoudendheid van de wetgever. Van Holk – en ook bij Bronkhorst schemert daar iets van door - is er niet van overtuigd dat ‘euthanasie’ een medisch-ethisch probleem is.

2.3 Medisch-ethische vraagstukken ten aanzien van het einde van het leven (1950-1967)

Sedert de Tweede Wereldoorlog heeft het medisch-technisch kunnen een hoge vlucht genomen. Antibiotica zijn op grote schaal verkrijgbaar en de narcosetechnieken, en daarmee de mogelijkheden tot chirurgisch ingrijpen, zijn sterk verbeterd. Ook de reanimatietechnieken zijn aanzienlijk uitgebreid, waardoor de mogelijkheden tot het opnieuw op gang brengen van hart en longen toegenomen zijn. Door een verfijning van de chirurgische technieken en de kennis die ontwikkeld is over afstotingsverschijnselen, is orgaantransplantatie binnen de mogelijkheden van artsen komen te liggen. Deze ontwikkeling van de medische technologie brengt een aantal problemen met zich mee, die zich voorheen niet op dezelfde wijze voordeden en daarmee ook nieuwe medisch-ethische vraagstukken.

Een andere ontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg die van belang lijkt te zijn in het debat over het einde van het leven is dat er een verandering optreedt in de plaats waar mensen sterven. Het aantal mensen dat thuis sterft neemt af ten gunste van het sterven in een instelling. Deels betreft dat ziekenhuizen - halverwege de jaren zestig groeit het aantal ziekenhuisbedden sterk - deels een nieuwe spectaculair groeiende sector: de verpleeghuizen.

De problemen die voortkomen uit het groeiende medisch kunnen en de veranderde plaats van sterven vormen - voorzover ze betrekking hebben op de medische begeleiding van het sterfbed - het onderwerp van deze paragraaf. Behalve het vraagstuk van het levensbekortend handelen in de betekenis van rechtstreeks doden – een vorm die slechts af en toe besproken wordt - zijn deze problemen onder te brengen in drie clusters van vragen:

[32] Het probleem ligt echter niet alleen bij de subjectiviteit van de betrokken arts en patiënt. Stolte vreest ook dat het vertrouwen in artsen geschaad wordt als zij meewerken aan het beëindigen van lijden door de dood (Stolte 1953: 203-210).

moet een patiënt de waarheid gezegd krijgen omtrent zijn diagnose en prognose? Mag pijnbestrijding die mogelijk het leven bekort, worden ingezet? Moeten alle middelen altijd worden ingezet?

De waarheid aan het sterfbed

De vraag of de medicus al dan niet aan zijn patiënt moet zeggen dat diens dood aanstaande is, wordt in het begin van de hier bestudeerde periode over het algemeen negatief beantwoord. Hiervoor worden verschillende redenen aangevoerd die ook al in paragraaf 1.3 de revue zijn gepasseerd. Op de eerste plaats het argument dat het voor de medicus praktisch onmogelijk is steeds de waarheid te spreken. Hij is daartoe niet in staat omdat hij nooit met zekerheid de waarheid kent.[33] Op de tweede plaats de veronderstelling dat het door de patiënt kennen van de prognose een negatieve invloed heeft op het verloop van de ziekte.[34]

Tegenover de stelling dat het kennis hebben van het slechte vooruitzicht een negatieve invloed heeft, wordt soms gesteld dat de vrees, dat de waarheid verborgen gehouden wordt, evenveel kwaad kan doen als het aanhoren van de koude feiten.[35] Een ander argument vóór het vertellen van de waarheid is dat men de mens niet het recht mag ontzeggen zijn leven als één leven te zien, als een geheel te beleven.[36] Pastores aan het sterfbed hanteren dit argument met enige regelmaat. Zij worden geconfronteerd met het probleem dat de waarden van zwijgen en van spreken met elkaar botsen in die gevallen waarin het geloof vereist dat er een religieuze handeling verricht wordt voor dat de dood intreedt. Dit botsen van waarden lijkt soms te leiden tot een verschil van mening tussen arts en predikant over de vraag of aan een patiënt, die in een hopeloze situatie verkeerd, de waarheid moet worden verteld.[37]

Ook ten aanzien van dit probleem wordt de stelling geponeerd dat artsen niet altijd meer voldoende hebben aan een medische ethiek die bestaat uit algemene regels. De arts Van Balen meent dat de arts zijn houding ten aanzien van het vertellen van de slechte prognose van geval tot geval moet bepalen.[38]

In het kader van de discussie over de waarheid aan het sterfbed, wordt de taakopvatting van de arts geproblematiseerd. Zo wijst Stolte erop dat de taak van de arts niet ophoudt wanneer genezing of verbetering niet meer mogelijk zijn.[39] De latere hoogleraar pastorale psychologie Faber lijkt artsen ervan te beschuldigen dat hun medische zorg soms aan het doel voorbij schiet, dat zij het leven – in biologische zin – ten onrechte de hoogste waarde toekennen. Hij wijst verder op het probleem dat het opgeven van medische zorg vaak betekent dat er geen aandacht meer is voor de patiënt terwijl anderzijds sterven vaak te technisch is. Zijn stellingname is dat er een andere houding moet komen tegenover de stervensbegeleiding en de dood.[40] Er moet een ruimere betekenis gegeven worden aan het begrip ‘euthanasie’, dat in zijn ogen ook het (psychisch) voorbereiden op de dood kan betekenen.[41] ‘Euthanasie’ is, zo stelt hij, iemand helpen een goede dood te sterven, niet

33 Van Dam 1950: 137.
34 Van Dam 1950: 137-138.
35 Stolte 1956: 111.
36 Jonges 1956: 141; Brenninkmeijer 1957: 115.
37 Faber 1959 *Soteria*: 241-246; Hijmans 1961: 29-30; Smeding 1966:144.
38 Van Balen 1955: 421.
39 Stolte 1956: 111.
40 Ook zo Jonges 1956: 142 en Brenninkmeijer 1957: 113.
41 Faber 1959 *Soteria*: 245. Ondersteuning van deze opvatting bij Bloemhof 1962: 70.

alleen in lichamelijke zin - zonder pijn - maar ook in geestelijke zin, zonder overdreven angst en in overgave.[42] De psychiater Rümke meent dat wanneer dood en sterven een grotere plaats zouden innemen in het mensenleven, het probleem van de waarheid aan het sterfbed niet zo moeilijk was.[43]

De aldus ontstane aandacht voor stervensbegeleiding wordt nog gevoed door het werk van Cicely Saunders in Engeland. Vanaf 1963 schrijven Nederlandse bladen over de door haar begonnen hospice-beweging die zich inzet voor goede stervensbegeleiding in speciale klinieken.[44]

Mogen middelen, ook welke mogelijk het leven bekorten, worden ingezet?

In sommige gevallen leiden medische handelingen die op zich zijn toegestaan - pijnbestrijding is het meest bekende voorbeeld - tot een bespoediging van de dood. Paus Pius XII heeft een gezaghebbende uitspraak gedaan over dit vraagstuk. Bij wijze van antwoord op de vraag of men van pijnstilling moet afzien als dat de levensduur bekort, formuleert hij opnieuw de doctrine van het dubbele effect[45]:

> Op de eerste plaats is elke vorm van directe euthanasie, dat wil zeggen de toediening van een narcose teneinde de dood te veroorzaken of te verhaasten, ongeoorloofd, omdat men er in dat geval aanspraak op maakt, rechtstreeks over het leven te beschikken[46]... In de hypothese echter welke u voor ogen staat, gaat het er alleen om, de patiënt ondraaglijk lijden te besparen, zoals in het geval van niet meer te opereren kankers of ongeneeslijke ziekten. Wanneer tussen de narcose en de verkorting van het leven geen enkel door de wil der belanghebbenden of door de natuur der dingen veroorzaakt causaal verband bestaat, hetgeen het geval zou zijn wanneer de uitschakeling van het lijden slechts bereikt kon worden door de verkorting van het leven, en wanneer daarentegen de toediening van de narcose uit zichzelf twee onderscheiden gevolgen met zich meebrengt, namelijk enerzijds de verzachting van de pijnen en anderzijds de verkorting van het leven, dan is zij geoorloofd...[47]

In Nederland publiceren onder andere Bax, Bender, Burkens, Hoekstra en Van Kol[48] over dit onderwerp. Zij staan allemaal op het standpunt dat pijnbestrijding met het risico van levensbekorting is toegestaan. De chirurg Bax meent dat

> het onze taak - in het algemeen gesproken - niet is het leven zo lang mogelijk te maken, maar vooral het dragelijk te doen zijn.... Dit houdt ook in, dat ik een voorstander ben van een ruim gebruik van pijnstillende middelen, dus tijdig begonnen en in geleidelijk grotere doses naarmate de omstandigheden dit eisen. Dat dit voorschrift in feite een vergiftiging van de zich aan ons toevertrouwende mens betekent, staat mij goed voor ogen en ik erken, dat slechts weinig mij

42 Faber 1959 *Problemen*: 71.
43 Rümke 1959: 2097.
44 Onder andere een artikel van Saunders in *Soteria* en een verslag van een bezoek aan het St. Christopher's hospice te Londen door Schouten in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* in 1968.
45 De redenering in deze doctrine staat vermeld bij de weergave van de ideeën van de katholieke rechtsfilosoof Bender in paragraaf 1.4.
46 De uitspraak over directe levensbeëindiging van de paus uit 1956 wordt verderop in deze paragraaf weergegeven.
47 Pius XII 1957: 365.
48 Bax 1956: 2601-2611; Bender 1957: 18; Burkens 1959: 240; Van Kol 1952: 492-493.

> scheidt van hen, die de zg. euthanasie in de vorm van een plotseling en gewelddadig beëindigen van een ondraaglijk lijden voorstaan. Euthanasie is echter strafbaar gesteld en zal dit moeten blijven: het is de mens niet gegeven over leven en dood te beslissen, maar wel is het de mens-arts opgedragen, voor zijn medemens - de ongeneeslijk zieke en stervende - datgene te doen, wat naar zijn eer en geweten toelaatbaar kan worden geacht. Een volledige pijnbestrijding nu lijkt mij niet alleen toelaatbaar, doch ook geboden![49]

Geen van de genoemde auteurs verdedigt het in leven houden tot elke prijs. De dood als neveneffect van de pijnbestrijding wordt geaccepteerd als aanvaardbaar. Sommigen voegen daar uitdrukkelijk aan toe dat in gevallen als deze de intentie waarmee de pijnbestrijding wordt gegeven belangrijk is: levensbekorting mag geen doel zijn.

Moeten alle beschikbare middelen worden ingezet?

De mogelijkheid van het toepassen van nieuwe medische technologieën roept de vraag op of deze technologieën ook altijd toegepast moeten worden. Deze vraag is in deze periode met name gesteld ten aanzien van reanimatie. Menigeen heeft de overtuiging dat de betere mogelijkheden tot reanimatie artsen voor vraagstukken stellen, die fundamenteel anders zijn dan die van vroeger. Het grote verschil schuilt in het feit dat artsen nu over middelen beschikken waarmee de dood uitgesteld kan worden, terwijl genezing is uitgesloten. Middelen bovendien, waarbij verlengen en veraangenamen van het leven soms niet meer samen gaan.

Behalve op het vraagstuk van het dubbeleffect is paus Pius XII ook ingegaan op het geoorloofd zijn van het niet inzetten of stoppen van een medische behandeling. Hij onderscheidt in het probleem drie verschillende vraagstukken: heeft men het recht, zelfs de plicht de reanimatie in alle gevallen toe te passen; heeft men het recht of de plicht de reanimatie te stoppen wanneer na enkele dagen geen verbetering optreedt in de toestand van diepe bewusteloosheid, terwijl bij het stoppen van de reanimatie de bloedsomloop binnen enkele minuten tot stilstand komt; moet men een patiënt, die zich in bewusteloze toestand bevindt tengevolge van een centrale verlamming, maar die dankzij kunstmatige beademing in leven blijft en bij wie na verloop van dagen geen verbetering optreedt, als *de facto* of zelfs als *de jure* dood beschouwen?

In zijn exposé over deze vraagstukken maakt Pius XII gebruik van het onderscheid tussen gewone en buitengewone middelen. Hij stelt dat de mens het recht en de plicht heeft, in geval van ernstige ziekte, de middelen aan te wenden welke noodzakelijk zijn om het leven en de gezondheid te behouden. Deze plicht dwingt gewoonlijk slechts tot het gebruik van de gewone middelen, middelen die geen buitengewone last voor zichzelf of anderen betekenen. Reanimatie is in de ogen van de paus een buitengewoon middel en men is niet verplicht deze technieken te gebruiken.

Ook de vraag of de reanimatiepoging gestaakt mag worden, beantwoordt hij bevestigend. Wanneer men de reanimatiepogingen staakt is er, volgens de paus, geen sprake van een rechtstreekse beschikking over het leven van de patiënt, noch van ‘euthanasie’. Wat betreft de laatste vraag - de vraag wanneer men iemand als dood moet beschouwen - zegt Pius XII dat het aan de geneesheer is een klare en duidelijke omschrijving te geven van de dood en

---

[49] Bax 1956: 2608.

het ogenblik van sterven van een patiënt, die in een toestand van bewusteloosheid overlijdt.[50]

Van artsenzijde verschijnt van Kooyman twee artikelen over reanimatie in *Medisch Contact.*[51] Kooyman stelt dat het afbreken van een begonnen handeling lijkt op een vorm van 'euthanasie', maar dat men desalniettemin kan discussiëren over de intensiteit waarmee men, bij een uitzichtloze reanimatie, de optredende complicaties moet blijven behandelen. De vraag dringt des te meer wanneer hierdoor het sterven slechts wordt uitgesteld, terwijl de behandeling voor de patiënt een zware belasting is. De opgave is in zijn ogen te komen tot een integratie van twee soms divergerende principes: het technisch mogelijke en het menslievende.[52]

Wat betreft de medische ethiek stelt Kooyman ter discussie of onverkort vastgehouden moet worden aan de stelregel dat de arts het leven tot elke prijs in stand moet houden. Hij vraagt zich af of deze stelregel in sommige gevallen niet in strijd is met een ander medisch-ethisch principe: "vóór alles niet schaden".[53] Een paar jaar later stelt Kooyman dat, wanneer de ingreep zal leiden tot een verlenging van het sterfbed, de reanimatiepoging niet moet worden verricht, tenzij een gedeeltelijke toepassing van reanimatietechniek kan dienen ter verlichting van lijden. Verder stelt hij, dat in gevallen van blijvende bewusteloosheid of van zeer ernstig lijden, een kunstmatige beademing mag worden gestaakt. Hij legt echter tevens grote nadruk op de eis, dat de arts in zulke gevallen met extreme zorgvuldigheid dient te overleggen, overwegen en beslissen.[54]

De neurochirurg De Lange laat zich in dezelfde zin uit als Kooyman. Eerbied voor het leven is in zijn optiek iets anders dan "klakkeloos in leven houden". Hij stelt dat het verlengen van het sterfbed een afschuwelijk uitvloeisel is van "onze technomanie" en ten dele berust op het niet aanvaarden van de dood als het natuurlijk einde van alle dingen. In zijn optiek dienen artsen, indien ze ervan overtuigd zijn dat het coma blijvend is, de moed op te brengen alle kunstmatige toedieningen te stoppen.[55]

De jurist Langemeijer antwoordt op vragen van Kooyman in *Medisch Contact*. Kooyman vraagt zich af of er juridisch een principieel verschil is tussen het nalaten van een levensverlengende daad en een "actieve daad in de zin der euthanasie". Volgens Langemeijer is het stoppen van reanimatie wel een soort van 'euthanasie', van levensbekorting. Juridisch gesproken echter is naar zijn mening de benaming 'van het leven beroven' onjuist bij het nalaten of staken van een reanimatiepoging bij een hopeloos geval. Niet vanwege een verschil tussen doen of laten, ook niet omdat beroven hier een onjuist werkwoord zou zijn maar omdat er "eigenlijk geen 'leven' is". Dit nalaten valt, in Langemeijers optiek, niet onder artikel 293 Wetboek van Strafrecht, omdat het volstrekt

50 Pius XII 1958: 1-6. Ook voor artsen blijkt de omschrijving van de dood een moeilijk probleem, een probleem dat nog indringender wordt wanneer de persoon in kwestie een potentiële orgaandonor is en diens organen dus in een goede conditie moeten blijven. Het is duidelijk dat wanneer bloedsomloop en ademhaling kunstmatig in gang gehouden kunnen worden, de klassieke manieren om de dood vast te stellen niet meer voldoende zijn. Er is echter geen overeenstemming over welk criterium dan toegepast moet worden voor het vaststellen van de dood. In 1973 zal de Gezondheidsraad zich ervoor uitspreken dat iemand dood verklaard wordt wanneer zijn hersenfuncties volledig en onherstelbaar uitgevallen zijn.

51 Kooyman 1959: 441-445; Kooyman 1960: 186-188.

52 Kooyman 1959: 444.

53 Kooyman 1960: 186.

54 Van B. 1965: 1001.

55 De Lange 1964: 117-121.

buiten het gezichtsveld ligt van de wetgever, die de bepalingen op de misdrijven tegen het leven heeft vastgesteld.[56]

In 1966 signaleert Jongsma – docent aan de universiteit van Leiden - dat de vragen die Kooyman in 1959 heeft opgeworpen, nog onverkort van kracht zijn. Ook in de discussie die daarop gevoerd wordt, wordt gesteld dat een arts onder alle omstandigheden moet proberen het leven te verlengen,[57] de eerbied voor het leven moet absoluut zijn.[58] En ook dan weer is een nuancering te horen. De arts Baggen meent dat men bij de stelregel “leven behouden tot elke prijs” onderscheid moet maken tussen soorten van leven: “Menselijk leven, gekenmerkt door ‘geest in stof’, moet in stand gehouden worden. Voor ander leven - waaronder gedecerebreerde lichamen - moet men weliswaar respect hebben maar ze zijn geen onderwerp van medische ethiek”.[59] Verder worden in de reacties op de artikelen van Kooyman en Jongsma de rechten van de patiënt naar voren gebracht en dan met name het recht om rustig te kunnen sterven en het recht om behandeling te weigeren.[60] Dit recht wordt behalve in *Medisch Contact* ook in *Soteria* verdedigd:

> De patiënt heeft recht op eigen leven, op eigen dood, op eigen beslissing. Dit is niet absoluut doch gekwalificeerd waar, maar het is wel waar… De arts moet de beslissing van de patiënt leiden… maar hij mag niet voor de patiënt beslissen zonder hem, althans niet zolang deze zelf het vermogen van een besluit nemen nog bezit.[61]

Dat het onderwerp reanimatie leeft, blijkt uit het gegeven dat er hetzelfde jaar een discussiedag gehouden wordt over dat thema. Het *R.K. Artsenblad* besteed er een speciaal nummer aan. De internist Stolte geeft bij die gelegenheid cijfers over gereanimeerde patiënten die aan de beademing terechtkwamen in het ziekenhuis waar hij werkt:

> Op de beademingsafdeling van het St. Elisabeth Ziekenhuis werden in de laatste vier jaren meer dan 500 patiënten verpleegd. Ongeveer 300 ervan hadden een ernstige beschadiging of functiestoornis van de hersenen. De helft van deze laatste groep stierf na kortere of langere tijd. Een deel genas of verbeterde althans zoveel, dat men het zo kan noemen. Bij de overigen was het resultaat, dat ze met meer of minder ernstige gebreken in leven gehouden konden worden,

---

56 Langemeijer 1960: 190. Een paar jaar later licht Langemeijer opnieuw, na een lezing van Kooyman onder de noemer ‘de arts tussen reanimatie en euthanasie’, de juridische zijde toe. Hij meent dat de tijd nog niet rijp is voor beantwoording van het vraagstuk door wetgever, strafrechter of medisch tuchtcollege. Ook nu stelt hij dat, naar zijn mening, het staken van reanimatie in gevallen zoals door Kooyman beschreven, niet strafbaar is (Van B. 1965: 1001).

57 Catz 1960: 323-325.

58 Jongsma 1966: 314

59 Baggen 1966: 721-725.

60 Knape 1960: 355; Voet 1966: 501-502. Het standpunt dat een patiënt zelf mag beslissen over al dan niet behandelen, heeft Voet in 1961 op verhalende wijze naar voren gebracht. Het verhaal handelt over een oude weduwnaar die hulpbehoevend en levensmoe is en inwoont bij zijn dochter en schoonzoon. De man krijgt op een dag een longontsteking en wil daaraan niet geholpen worden. Binnen de familie en met de behandelend arts ontstaat discussie of aan de wens van de man voldaan moet worden. De arts brengt als probleem in dat het zijn taak is leven te behouden; de schoonzoon voert daartegenin aan dat de patiënt zelf over zijn eigen lot moet kunnen beslissen; de dochter heeft het er emotioneel moeilijk mee en de zoon, die zelf ook arts is, filosofeert over de dehumanisering van het sterfbed (Voet 1961).

61 Burkens 1959: 239; Hoekstra laat zich in 1966 ook in deze trant uit (Hoekstra 1966: 103).

> waarbij enkelen afhankelijk bleven van apparatuur en voortdurende medische en verpleegkundige zorg behoefden.[62]

De arts Mertens doet verslag van een onderzoek naar reanimatie dat hij uitgevoerd heeft bij specialisten, werkzaam in katholieke ziekenhuizen. Uit dit onderzoek blijkt dat bij het inzetten van een poging tot reanimatie, door 22 artsen nooit enige vorm van selectie wordt toegepast en door 36 wel. Op de vraag of de reanimatie zo lang mogelijk wordt doorgezet, zeggen 29 artsen in alle omstandigheden hun pogingen voort te zetten tot de patiënt is overleden en 29 andere artsen dat zij in bepaalde gevallen de beslissing hebben genomen de apparatuur uit te zetten.[63]

In de loop van het debat komen er nieuwe vragen bij. Een van die nieuwe discussiepunten is de vraag of kwaliteit-van-leven-criteria mogen meespelen bij een beslissing om al dan niet te reanimeren. De hoogleraar algemene geneeskunde Lindeboom en de rector magnificus van de Universiteit van Utrecht Nuboer stellen dat een arts niet mag oordelen over de zin van het leven; dat is een oordeel dat de mens niet toekomt.[64] De hoogleraar heelkunde Van Weel daarentegen stelt dat de voortzetting en de verlenging van het leven, alleen plaats moet vinden als dat "zin" heeft.[65] Een andere hoogleraar heelkunde, Den Otter, onderscheidt in dit kader een aantal situaties waarin reanimatie "suboptimaal" is en hij bespreekt of levensbekorting voor deze situaties een optie is. In zijn optiek mag in gevallen waarbij sprake is van volledige decerebratie het kunstmatig in leven houden van het "preparaat" beëindigd worden. Hij acht het in een dergelijk geval volmaakt onbelangrijk of men iets nalaat of iets doet. Den Otter stelt verder dat elke medicus onder bepaalde omstandigheden de strijd staakt. In zijn optiek komt "het rijpe en gezonde klinische oordeel van een arts... vaak het best tot uiting in de keuze van het moment waarop hij weet terug te treden, daar hij zich realiseert dat hij en zijn kunst vanaf dat moment irrelevant aan zijn patiënt zijn".[66] Voor deze vorm van medisch handelen gebruikt hij de term 'orthothanasie' - de door de medicus scherp onderkende grens van zijn eigen relevantie ten opzichte van de zieke.[67]

Een onderdeel van de discussie over reanimatie is de vraag of er een verschil is tussen doen en nalaten. De zenuwarts Prick erkent bijvoorbeeld geen essentieel verschil tussen, "populair gezegd, de stekker uit het stopcontact trekken en het wachten op complicaties en daaraan niets doen". Desalniettemin, zo is zijn overtuiging, heeft een arts eerder bezwaar tegen het verrichten van een handeling, dan tegen het nalaten ervan. Dat is zo, volgens Prick, omdat de arts bij het stellen van een handeling direct het tijdstip van overlijden bepaalt.[68]

Uit het voorgaande kan de conclusie getrokken worden dat, veel meer dan bij de vraag over het dubbeleffect, in de discussie over reanimatie verschil van mening bestaat. Dat verschil van mening behelst op de eerste plaats de vraag wat eerbied voor het leven betekent.

---

62 Stolte 1960: 84.
63 Mertens 1960: 94-97.
64 Lindeboom 1960: 117; Nuboer 1960: 14.
65 Van Weel 1960: 13.
66 Den Otter 1963: 186.
67 Den Otter 1963: 186.
68 'Discussiedag Reanimatie', *R.K. Artsenblad* 1960. Ook de predikant Smids uit zich in die trant:

> In bovengenoemde r.k. opvattingen, waarbij men zich positief voor de mogelijkheid van het afbreken van een bepaalde handeling verklaart, zet men zich steeds weer met alle nadruk af tegen een opzettelijke ingrijpen (euthanasie). Ik vraag me wel eens af, of het verschil tussen beide handelwijzen nu werkelijk zo enorm groot te achten is (Smids 1966: 69).

Tegenover elkaar staan de opvatting dat de eerbied voor het leven absoluut moet zijn en de opvatting dat er onderscheid gemaakt kan worden tussen verschillende vormen van leven. Met deze laatste opvatting komt dan ook de vraag ter discussie wat men eigenlijk verstaat onder 'leven' en de vraag of geoordeeld mag worden over de kwaliteit ervan. Een nieuw discussiepunt is of er een onderscheid gemaakt moet worden tussen het bekorten van een leven door enerzijds doen en anderzijds laten. In deze discussie komt ook het recht van de patiënt voorzichtig om de hoek kijken, doordat gesteld wordt dat deze een behandeling die het leven verlengt kan weigeren. Voor het eerst ook komen er enige indicaties omtrent aantallen mensen die onderwerp zijn van een bepaald soort medisch handelen dat het leven bekort.

ACTIEVE LEVENSBEËINDIGING

In 1962 spelen zich in het buitenland twee rechtszaken af over levensbeëindiging waarover in Nederlandse bladen wordt geschreven. De eerste zaak betreft een proces in Colmar in Frankrijk. In dat proces gaat het om iemand die zijn ernstig zieke broer gedood heeft door middel van drie revolverschoten. Het *Katholiek Artsenblad* [69] vindt dat de zaak een ruimere betekenis heeft omdat het hier gaat om het recht een ongeneeslijk zieke het leven te ontnemen. Hiertegen wenst de auteur te waarschuwen.[70] In datzelfde jaar vindt een rechtszaak plaats in Luik in België. Hier staat een vrouw terecht, die met hulp van familieleden en de huisarts, een einde gemaakt heeft aan het leven van haar vijf dagen oude dochtertje, een 'softenonkindje'.[71] In beide processen worden de verdachten door de jury vrijgesproken.[72]

Een groeiend aantal mensen laat in deze periode hun licht schijnen over het probleem van de actieve levensbeëindiging. Bij sommigen is hun bijdrage met name geïnspireerd door hun geloof, bij anderen spelen beroepsmatige interesses een rol. De publicaties betreffen niet alleen standpunten voor en tegen levensbekorting maar de standpunten worden vaak ingebed in een discussie over wat al dan niet onder 'euthanasie' verstaan moet worden.

In 1956 spreekt paus Pius XII zich uit over levensbeëindiging. Sprekend over medische ethiek zegt Pius XII dat soms aan een arts, uit overigens medisch begrijpelijke motieven, gevraagd wordt over te gaan tot 'euthanasie'.[73] Volgens Pius XII is een arts een dergelijke handelen niet toegestaan. In zijn ogen bevindt de arts zich "hier voor de verplichting de medische moraal te eerbiedigen, een onvoorwaardelijke eis voor de christelijke arts in al die gevallen, waar de morele norm onvoorwaardelijk, en waarlijk duidelijk en zeker is". Ook in bijzondere gevallen moet de arts zijn geweten volgen, dat verlicht wordt door de objectieve normen, en moet hij aan God denken, aan wie hij rekenschap moet geven.[74]

Ook in protestants-christelijke kring is het onvoorwaardelijk 'neen' te horen.[75] Lindeboom, die poogt te voorzien in een gebrek aan voorlichting op het terrein van medische ethiek aan

---

69 De nieuwe naam van het *R.K. Artsenblad*.

70 'Euthanasie', *Katholiek Artsenblad* 1962: 94-95.

71 'Het drama van Luik', *Katholiek Artsenblad* 1963: 52.

72 In beide gevallen wordt er melding van gemaakt dat het publiek zich bewogen toont en aan die bewogenheid uiting geeft door luide bijval ('Het drama van Luik', *Katholiek Artsenblad* 1963: 52; Schulte 1962: 177-182). Schulte is het niet eens met het vonnis. Het ware, in zijn optiek, beter geweest wanneer er een straf - *pro forma* - was opgelegd.

73 De paus noemt hier abortus en meewerken aan anticonceptie in een adem met 'euthanasie'.

74 Pius XII 1956 373-382.

75 Burkens 1959: 237. Ook Hijmans stelt dat het leven niet bewust verkort mag worden (Hijmans 1961: 36-37).

protestantse zijde, gaat ook in op ‘euthanasie’. In eerste instantie probeert hij het begrip in kaart te brengen:

> Het woord euthanasie (van eu (goed) en thanaios (dood)) wijst slechts op een goede, zachte dood en het bevorderen van wèl sterven. Zo gezien, kan ook het stillen van pijnen en het verzachten van de doodstrijd er onder vallen. Echter: verba valent usu; tegenwoordig wordt het begrip steeds in engere zin genomen en verstaat men er onder het actief beëindigen van het mensenleven, dat door ziekte of ouderdom reeds ten dode neigt of ‘lebensunwert’ wordt geacht. Daar nu eens de persoon zelf het initiatief kan nemen en de daad kan voltrekken, dan weer de dokter op verzoek van de lijder zijn hulp verleent, of ook wel op eigen gezag, zonder medeweten van de patiënt, kan uitvoeren, betekent euthanasie een wijd vertakt complex van vragen, dat o.a. samenhangt met de geoorloofdheid van suïcide en homicide, en met de bevoegdheden en verantwoordelijkheid van de arts, en ook van de Staat, wiens sanctie wel gevraagd wordt, zodat theologen, wijsgeren, staatkundigen, juristen en artsen er het hunne over hebben gezegd.[76]

Daarna zet Lindeboom de verschillende argumenten op een rij. Hij noemt de zinloosheid en uitzichtloosheid van een lijden, waarbij het medelijden de mens gebiedt daaraan een einde te maken, althans toelaat op een desbetreffend verzoek in te gaan. Een ander argument voor levensbeëindiging is het recht te sterven. Lindeboom bespreekt de argumenten niet, maar wijst erop dat men uitermate voorzichtig moet zijn met het veroordelen van levensbeëindiging op al te gemakkelijke gronden. Naar zijn mening heeft het christelijk geweten en de christelijke ethiek ‘euthanasie’ bijna eenparig afgewezen en hij stelt:

> Noch de moeilijkheid van de te trekken grens, noch de zeer grote kans op ongewenste uitbreiding en verkeerde of misdadige toepassing, noch het beginsel van de eerbied voor het leven, maar alleen zijn geloof aan Gods souverein bestel verbiedt de Christen de euthanasie te aanvaarden, al gaan er ook steeds meer stemmen op, die vóór haar pleiten.[77]

Ook de humanist Schenk zet de verschillende wijzen van levensbekorting op een rij. Hij oppert de vraag of er een fundamenteel onderscheid is tussen de verschillende vormen. Hij noemt vier vormen van ‘euthanasie’: weigeren de ongeneeslijk zieke mens actief in het leven te houden met de middelen, die de geneeskunde kent; pijnstillende middelen in een dosering geven die het leven bekort; een dodelijke dosis geven van een of ander medicament; op verzoek de patiënt een vergif in handen geven waarmee hij zich van het leven kan beroven. In Schenks optiek bestaat in al deze gevallen de intentie iets te doen of niet te doen, waardoor de dood intreedt. Hij stelt dat men gewend is aan te nemen dat de vierde vorm strafbaar is. Maar, zo vervolgt Schenk, “toch heeft mij nog nooit een jurist een duidelijk antwoord gegeven op de vraag, waarom de drie andere wijze van behandelen niet strafbaar zijn”.[78] Schenk meent dat het bij ‘euthanasie’ handelt om ethische vragen waarop de arts zelf een antwoord zal moeten geven. Het is in zijn optiek onmogelijk een algemene richtlijn te geven.[79]

---

76 Lindeboom 1960: 123-124.

77 Lindeboom 1960: 132.

78 Schenk 1959: 125.

79 Schenk 1959: 124. Schenk merkt bovendien op dat de vraag om ‘euthanasie’ de medicus ten onrechte als medicus wordt opgedrongen: “Het is een vraagstuk dat ons niet als arts, maar als medemens bij de zelfmoord brengt en de motieven die tot zelfmoord kunnen voeren”.

Eveneens in 1959 laat een van de belangrijkste actoren in het proces van rechtsverandering ten aanzien van euthanasie van zich horen, de KNMG. Uit het standpunt van de KNMG spreekt dat deze organisatie van mening is dat vaste regels een goede richtlijn zijn voor medisch handelen rondom het levenseinde. In de nieuwe, grondig gewijzigde druk van *Medische ethiek en gedragsleer*[80] wordt de verhouding arts-patiënt gekenschetst door te stellen dat de arts de helper is van de mens in nood. Wat betreft de hoogste nood waarin een mens kan verkeren, is het standpunt van de KNMG echter niet veranderd:

> Nu is de hoogste nood, waarin een mens verkeren kan, de toestand waarin zijn bestaan zelf wordt bedreigd. De strijd voor het behoud van het leven van de patiënt is dan ook de eerste opdracht van de arts en deze zal de strijd in overeenstemming met de formulering van de World Medical Association 'met absolute eerbied voor het menselijk leven' hebben te voeren. De betekenis hiervan is, dat hij zelf nooit een ander standpunt zal mogen innemen, dan wat het behoud van het leven beoogt. Nooit zal hij b.v. voor een lijdende mens een daad mogen stellen, die ten doel heeft het leven te verkorten, om zodoende 'naar zijn inzicht' het lijden te beperken. Evenmin zal hij gerechtigd zijn, de nodige zorgen voor het behoud van het leven achterwege te laten, omdat hij meent, dat dit slechts vermeerdering van leed zou medebrengen. Het is nu eenmaal niet de taak van de arts een oordeel te vellen over de zin van het lijden of de zin van het bestaan zelf, noch in het algemeen, noch wat betreft de betekenis, die het kan hebben voor de persoon van zijn patiënt… Minder duidelijk lijkt de taak voor de arts te zijn uitgestippeld als de patiënt zelf bezwaar heeft tegen een verlenging van het leven. Het hoeft geen betoog, dat de arts nooit een *daad* mag stellen, die tot doel heeft het einde te verhaasten. Natuurlijk mag hij leed verzachten, zelfs ook als daar enig risico aan verbonden is, zoals in feite reeds bij elke narcose geschiedt. Hij zal echter nooit de verkorting van het leven in zijn doelstellingen mogen betrekken en steeds de gevaren van verzachting van leed ernstig moeten overwegen. Evenmin zal hij zijn medewerking mogen verlenen of zelfs passief mogen toezien, als een patiënt de hand aan zichzelf wil slaan. Hier is het zijn taak de patiënt tegen zichzelf te beschermen.[81]

Ten slotte is nog vermeldenswaard dat in 1964 een groep auteurs voor het Nederlands Gesprek Centrum[82] het een en ander op een rij zet. De auteurs hanteren het onderscheid tussen gewone en buitengewone middelen bij het verlengen van het leven en onderkennen een verschil tussen direct en indirect doden. Het eerste benoemen ze als het "in zichzelf als doel geïntendeerde doden van zichzelf of van een medemens"; het tweede als "het direct bewerken van een weldadig effect, waarbij diezelfde handeling tevens de dood of een gevaar voor het leven met zich brengt".[83] In dit boek wordt een poging gedaan om het

---

[80] In dit boek wordt het *Artsenboekje* (uit 1934) en het boekje *Medische ethiek* (uit 1936) samengevoegd. De tekst is gemoderniseerd maar het standpunt van de KNMG is niet veranderd.

[81] KNMG 1959: 14-15.

[82] Boeré e.a. 1964. In het voorwoord melden zij dat het Nederlands Gesprek Centrum in juni 1959 een conferentie organiseerde over de verlenging van het leven en dat het jaar daarna een radiogesprek over hetzelfde onderwerp werd uitgezonden. Naar aanleiding van de gebleken grote belangstelling werd in het najaar van 1960 een commissie over het onderwerp ingesteld. De genoemde publicatie is het werk van deze commissie.

[83] Boeré e.a. 1964: 19. Het maken van indelingen wordt in deze jaren populair. Ook Van Oyen doet daaromtrent een voorstel: "zuivere euthanasie": het verlichten van het lijden en daarmee ook een verlichten van het sterven, zonder de bedoeling te doden ; "euthanasie in smallere betekenis": het verstrekken van een dodelijk middel aan een zwaar zieke, meestal op diens verzoek of het zich passief gedragen en het kunstmatig verlengen van het leven; "euthanasie in de bredere betekenis van het

begrip ‘euthanasie’ te ontdoen van door de auteurs als verkeerd ervaren betekenissen. ‘Euthanasie’ wordt door hen een belaste term genoemd en met het onderscheid actief en passief wordt de zaak eerder onduidelijk dan duidelijk, zo menen zij: “Afzien van of ophouden met medisch handelen is wezenlijk verschillend van euthanasie”.[84]

Een enkeling ziet een heel snelle ontwikkeling op het gebied van ‘euthanasie’: De arts De Vaal die in *Modern medisch advies* in 1962 het lemma ‘euthanasie’ niet hanteert, schrijft daar in 1967 onder dat het probleem eigenlijk niet meer bestaat. ‘Euthanasie’ is voor hem het afbreken van een leven dat één groot lijden betekent en dat niet meer tot een menswaardige toestand kan worden hersteld. ‘Euthanasie’ is, volgens De Vaal, een schijnprobleem geworden omdat de moderne geneeskunde in staat is ieder lijden - als het moet met drastische middelen en ingrepen - te verzachten of weg te nemen. Wanneer er desondanks toch een verzoek om de ‘genadedood’ komt, betekent dit dat de zieke medisch en psychiatrisch wordt verwaarloosd.[85]

Gesteld kan worden dat geen van de genoemde auteurs in de periode tussen 1954 en 1966 de mogelijkheid van actieve levensbeëindiging met of zonder verzoek verdedigt. Als er over deze vorm van levensbeëindiging wordt gesproken, gaat men er steeds vanuit dat barmhartigheid het motief tot handelen is. Nieuw is dat gesteld wordt dat een bepaalde vorm van bekorting van het leven, in dit geval het afzien of ophouden met medisch handelen, niet aangeduid moet worden met de term ‘euthanasie’.

Onder de noemer ‘euthanasie’ wordt in 1967 nog steeds een scala van handelingen gevat. Naast de directe levensbeëindiging (door een enkeling aangeduid als de “ware betekenis van de term”), de dood als neveneffect van pijnbestrijding, de dood bespoedigd door het achterwege laten van een medische behandeling, wordt er incidenteel heel algemeen het goede sterven mee aangeduid.

Sommige van die handelingen worden als aanvaardbaar gezien. Met name de dood als nevengevolg van pijnbestrijding wordt gerechtvaardigd en wel met de doctrine van het dubbele effect. Levensbekorting door het weigeren van een levensverlengende behandeling door de patiënt wordt af en toe door mensen gerechtvaardigd. Actieve levensbeëindiging wordt in de hier besproken literatuur door niemand principieel verdedigd. Het motief om levensbeëindigend handelen incidenteel toe te staan wordt gevonden in het streven het lijden op te heffen.

De al eerder gehoorde argumenten tegen levensbekorting zijn ook nu te horen. Duidelijker dan voorheen klinkt het beroep op God en diens plan met mensen. Een nieuw argument is de gedachte dat artsen - en waarschijnlijk twintigste-eeuwse mensen in het algemeen - geacht worden problemen te hebben met het omgaan met de dood.

2.4 Mia Versluis

In 1966 wordt Nederland opgeschrikt door het bekend worden van een geval van een onomkeerbaar coma. De vrouw in kwestie is de 21-jarige Mia Versluis. Zij laat op 14 april 1966 onder volledige narcose beenuitwassen aan haar beide hielen verwijderen zodat ze

woord”: levensbekorting niet als neveneffect van pijnbestrijding, maar als middel om het lijden van de patiënt te beëindigen (Van Oyen 1967: 62).

84 Boeré e.a. 1964: 19.

85 De Vaal 1967: 118-119.

pumps kan dragen op haar bruiloft. Tijdens de operatie is waarschijnlijk een hartstilstand ontstaan en wordt zij gereanimeerd. Na de operatie blijkt Mia Versluis in coma te zijn. Om haar te kunnen beademen wordt een trachea-canule aangebracht. Een paar dagen later kan zij, weliswaar nog steeds in coma, zelf weer ademen. De canule dient dan voor de verzorging van haar longen.

De behandelend anesthesist, die zich steeds optimistisch geuit heeft over de mogelijkheid dat Mia Versluis uit haar coma zal ontwaken, verliest in september de hoop daarop en stelt aan haar ouders voor de trachea-canule te verwijderen. Het effect daarvan zal zijn dat hun dochter binnen afzienbare tijd zal overlijden. De vader ervaart dit als een rechtstreeks voorstel tot 'euthanasie' en is daar zeer verontwaardigd over.[86] De man, die toch al het idee heeft dat hij nergens terecht kan met zijn vragen over de oorzaak van het ongeluk van zijn dochter, wordt nu zo wantrouwend dat hij een klacht indient bij het Medisch Tuchtcollege. In eerste instantie betreft het een klacht tegen het ziekenhuis, later wordt hij toegespitst tot een aanklacht tegen de anesthesist. Hem wordt verweten het vertrouwen in de stand der geneeskunde te hebben ondermijnd, omdat hij als arts gefaald heeft en omdat hij het verzoek gedaan heeft de canule te mogen verwijderen, teneinde de dood te bespoedigen.[87]

De klacht tegen de anesthesist wordt behandeld door het Medisch Tuchtcollege in Zwolle. Het tuchtcollege wijst de klacht toe en veroordeelt de anesthesist wegens ondermijning van het vertrouwen in de medische stand tot een boete van f 1000,-.[88] Hiermee zou de zaak ten einde zijn geweest, ware het niet dat de inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid in beroep gaat tegen het oordeel. De inspecteur verzoekt het Gerechtshof Arnhem de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te vernietigen en te beslissen dat de arts zich niet alleen schuldig heeft gemaakt aan een handeling die het vertrouwen in de medische stand heeft ondermijnd - zoals het tuchtcollege bewezen acht - maar bovendien aan nalatigheid, waardoor ernstige schade is ontstaan voor de persoon te wiens behoeve hij geneeskundige bijstand heeft verleend. Het Gerechtshof Arnhem vernietigt inderdaad de bestreden beslissing en legt de anesthesist een schorsing van zes maanden op. De Hoge Raad vernietigt echter de beslissing van het Gerechtshof omdat zij niet naar de eis van de wet met redenen is omkleed.[89] De Hoge Raad verwijst de zaak naar het Gerechtshof Amsterdam, dat de gehele tuchtzaak opnieuw moet behandelen.[90]

Voor het Gerechtshof Amsterdam wordt de anesthesist vijf verwijten gemaakt: nalatigheid, het nemen van onverantwoorde risico's, onzorgvuldige schriftelijke vastlegging, het voorstel om de medische behandeling te stoppen en het achterwege laten van overleg met andere artsen. Het hof acht uiteindelijk slechts één van de aanklachten - de onvoldoende schriftelijke rapportage - verwijtbaar.[91] Alhoewel het Hof daarbij verzachtende

---

86 Versluis 1970: 29-32.

87 Tegen de anesthesist is tevens een aanklacht ingediend wegens dood door schuld. Een aanklacht die door het Openbaar Ministerie is geseponeerd (Rang 1980: 233).

88 'Beslissing Gerechtshof Amsterdam', *Nederlandse Staatscourant* 1969, nr. 55: 3. De conclusie van de tuchtcommissie is niet aan Versluis zelf meegedeeld. In de Medisch Tuchtwet is vastgelegd dat de klager alleen wordt geïnformeerd wanneer hij niet-ontvankelijk is verklaard of wanneer zijn klacht is afgewezen. Dit heeft tot effect dat bij een toegewezen klacht, de klager niet in beroep kan gaan.

89 *Nederlandse Jurisprudentie* 1969, nr. 6.

90 Rang 1980: 234-235.

91 Wat betreft het achterwege laten van overleg met anderen is het Gerechtshof weliswaar van mening dat de arts weinig overleg heeft gepleegd met andere artsen, maar het stelt dat hem dat niet zwaar verweten kan worden. Als reden daarvoor voert het hof aan dat de inzichten rondom de problematiek van het ingrijpen in het sterven in 1966 nog minder dan in 1969, een begin van concretisering had gevonden.

omstandigheden erkent, veroordeelt het de arts tot een geldboete van fl. 1000,- en beveelt dat de beslissing bekend wordt gemaakt in de *Nederlandse Staatscourant* [92] en toegezonden wordt aan een aantal vakbladen met vergunning tot publicatie.

De arts-jurist Schuurmans Stekhoven reageert op het vonnis:

> Zelden diende de bekendmaking van een beslissing krachtens de medische tuchtwet dermate zowel het algemeen belang als het belang van de medische stand, als die van het Amsterdams gerechtshof van 28 januari 1969 inzake het ‘decerebratie-drama Mia Versluis’… Het stuk heeft de uitzonderlijke verdienste, de medische gegevens overzichtelijk gerangschikt, helder geformuleerd en zowel juridisch (tuchtrechtelijk) als medisch (ethisch en wetenschappelijk) beoordeeld te hebben op een wijze die bij het publiek voldoening en bij de artsenwereld bevrediging mag doen verwachten.[93]

De anesthesioloog Smalhout denkt daar in 1972 echter anders over. In zijn inaugurele rede zegt hij:

> Op bijna schokkende wijze wordt soms vanuit officiële zijde onthuld hoe laag de status van de anaesthesiologie in Nederland is en hoe weinig de meeste medici en juristen beseffen waar het eigenlijk om gaat. Het befaamde arrest van het Gerechtshof te Amsterdam inzake het geval Mia Versluis is hiervan een klassiek voorbeeld. Bij zorgvuldige lezing van het in juridische taal gestelde stuk wordt men verbijsterd door de verklaringen die door deskundigen zijn afgegeven en die door juristen werden geaccepteerd bij gebrek aan kennis van de materie.[94]

Gevraagd naar een reactie op Smalhouts visie laat Schuurmans Stekhoven weten: “Ik kan niet anders zeggen dan dat professor Smalhout gelijk heeft. Ik ben achteraf tot de conclusie moeten komen dat ik er, evenals het Hof ingevlogen ben. Mij als arts-advocaat, was dat nog meer te verwijten dan het Hof.”[95]

Mia Versluis overlijdt op 10 november 1971 zonder nog ooit bij bewustzijn te zijn gekomen. Daarmee is de zaak Versluis echter nog niet helemaal afgelopen. De vader van Mia Versluis, die niet tevreden is met de uitspraak van het hof in Amsterdam, dient een eis tot schadevergoeding in tegen het ziekenhuis en de weduwe van de anesthesist. Ook dit levert weer een jarenlange procesgang op die, zonder positief resultaat voor Versluis, eindigt met een uitspraak van de Hoge Raad.[96]

---

[92] ‘Beslissing Gerechtshof Amsterdam’, *Nederlandse Staatscourant* 1969, nr. 55: 3-8.

[93] Schuurmans Stekhoven 1969: 761.

[94] Smalhout 1972: 23. De justitiële instanties zijn volgens Smalhout om de tuin geleid met de stelling dat een hartstilstand moeilijk is vast te stellen; met de mededeling dat een blauwe gelaatskleur veelvuldig voorkomt bij operatiepatiënten; met leugens over het E.C.G; en doordat er in één paragraaf gesteld wordt dat de patiënte normaal ademende maar tevens dat ze vier dagen beademd werd.

> Het Hof nam serieus in haar opwegingen op ... dat hartstilstand in de operatiekamer een geheel onverwachte gebeurtenis is, die als een ‘donderslag bij heldere hemel’ voorkomt en dat een tekort aan zuurstof (anoxie) en een opstapeling van koolzuur (hypercapnie) slechts zelden tot een hartstilstand leiden. Iedere reanimatie-arts, ieder cardioloog en iedere vakbekwame anaesthesist weet dat juist hyoxie en hypercapnie een dodelijke gevaar vormen en dat slechts uiterst zelden een hartstilstand onverwacht ontstaat (Smalhout 1972: 24).

[95] Steenhorst 1992: 99.

[96] *Nederlandse Jurisprudentie* 1980, nr. 77.

In de jaren dat de casus Mia Versluis onderwerp is van publieke aandacht wordt voor het eerst in een enquête een vraag gesteld over ‘euthanasie’. In een onderzoek naar opvattingen omtrent godsdienst en kerk wordt de vraag gesteld: “Stel dat een dokter iemand op diens verzoek uit zijn lijden kan helpen door het geven van een spuitje, wat moet hij dan volgens u doen?” Bijna de helft van de ondervraagden is van mening dat de dokter dit spuitje niet mag geven, ruim een derde vindt daarentegen dat hij dit wel mag doen.[97] Artsen zelf blijken terughoudender. Bij een enquête onder huisartsen laat 13% weten (in zekere mate) positief te staan tegenover ‘euthanasie’ en 6% het absoluut niet verwerpelijk te vinden.[98]

2.5 Een ‘nieuwe medische ethiek’

Omstreeks 1968 wordt het duidelijk dat de ‘oude medische ethiek’ niet langer gehandhaafd zal blijven. Niet alleen in de medische ethiek, maar ook in de ethiek in het algemeen wordt het absolute karakter steeds meer ter discussie gesteld. In de katholieke moraal-theologie, de protestantse zedenleer, en ook de idealistische ethiek zijn er tendensen in de richting van een ethiek waarin meer ruimte is voor oordelen op basis van de omstandigheden van het geval. Volgens de remonstrantse theoloog Heering voltrekt zich een “wending naar de wereld”.[99]

Ethiek in beweging

Een voorbeeld dat er veranderingen plaatsvinden in het medisch-ethisch denken is te vinden bij het Katholiek Artsen Verbond. De door het verbond in 1965 in het leven geroepen Commissie Medische Ethiek neemt in haar studies afstand van de ‘traditionele ethiek’, de ethiek waarin wordt uitgegaan van normen, die gelegen zijn in de natuur van de mens, de ethiek waarin wordt uitgegaan van absolute normen die altijd en overal geldend zijn. Anderzijds verwerpt de commissie ook de ‘situatie-ethiek’, een ethiek die geen enkele absolute en altijd geldende basisnorm erkent. De Commissie Medische Ethiek wil bij een ethische beslissing niet alleen de basisnorm in het geding brengen, maar ook de concrete situatie waarin de betrokkene zich bevindt. Een andere verandering in het medisch-ethisch denken die ook terug te vinden is bij de commissie is het ter discussie stellen van de paternalistische houding van artsen. De gedachte dat de patiënt mondig genoeg is om zelf zijn beslissing te nemen en dat de arts daarbij slechts de taak van adviserend deskundige toekomt, wint terrein.[100]

De verandering in de medische ethiek heeft vanzelfsprekend niet alleen betrekking op levensbekortend handelen. Vooral seksualiteit en de daarmee samenhangende onderwerpen als voorlichting en anticonceptie zijn onderwerp van debat. Overkoepelend is behalve de secularisering van de moraal, de grotere nadruk die komt te liggen op de persoonlijke zeggenschap over het eigen leven van iedere persoon. Een tendens die breed aanwijsbaar is

---

[97] Zeegers 1967: 244-245.

[98] ‘Televisie wijdt tweede uitzending aan abortus provocatus’, *Medisch Contact* 1967: 749.

[99] Heering 1969: 34.

> Absoluut gebod, eeuwig natuurrecht, categorische imperatief van de Rede - alle drie faalden tegenover de vragen van een nieuwe, snel veranderende wereld. De mens verdroeg hun tijdeloze objectiviteit ook niet meer en vergde erkenning van zijn beslissingsvermogen... Voor zover hij iets van de moraal verwachtte, zou die hem moeten helpen de problemen van zijn eigen tijd op te lossen en de weg naar de aardse toekomst vrij te maken.

[100] Mertens 1980: 134-138.

in Nederland in de jaren zestig. Deze opvatting ten aanzien van autonomie heeft – zo blijkt in de jaren zeventig - belangrijke gevolgen voor de arts-patiëntrelatie.[101]

Het eerste standpunt over 'euthanasie' van een organisatie

In 1968 brengt voor het eerst een Nederlandse organisatie haar standpunt ten aanzien van 'euthanasie' onder woorden. Het betreft de Stichting Landelijk Orgaan van de Gereformeerde Gezindte voor de Bejaardenzorg die het rapport *Euthanasie en de bejaarde mens* publiceert. Aan het begrip 'euthanasie' wordt volgens de samenstellers twee betekenissen toegekend. Op de eerste plaats is 'euthanasie' de kunst om de onvermijdelijke overgang tot de dood zo gemakkelijk mogelijk te maken en een zachte dood te bevorderen. Op de tweede plaats verstaat men onder 'euthanasie' het "actief beëindigen van het menselijk leven door het ingrijpen van een mens of door het ingrijpen van een mens onder verantwoordelijkheid van een groep van mensen".

De samenstellers van het rapport menen dat het begrip in de tweede omschrijving gehanteerd moet worden. Binnen deze betekenis van 'euthanasie' maken ze nog weer onderscheid tussen een ruimere en een engere inhoud. Bij het laatste denken zij aan het toedienen van een dodelijk middel aan een zeer ernstig zieke, meestal op diens verzoek. Volgens de auteurs heeft men dan een middel voor ogen dat het leven bekort of gaat het om bewust afzien van een verdere behandeling. De ruimere inhoud "ziet op het beëindigen van het leven, waarbij de euthanasie niet slechts nevenwerking is van de medische verlichting van pijn, doch bewust gewild doel". Daarmee doelen de auteurs op levensbeëindiging uit eugenetische overwegingen.[102]

Volgens de auteurs is het de mens niet geoorloofd "eigenmachtig, willekeurig aan het leven een grens te stellen. Omdat God het leven geeft, hebben wij de plicht het leven in stand te houden. De voortzetting ervan mag niet afhankelijk zijn van onze gedachten over zinvolheid of leefbaarheid." Vanuit deze principiële positiekeuze bestaat er geen wezenlijk verschil tussen het toedienen van een dodelijke injectie en het nalaten dan wel stoppen van een bepaalde handeling. Dit betekent niet dat het leven altijd gerekt moet worden. Een mens die sterven gaat en voor de dood klaar is, kan terecht vragen om het niet meer toepassen van een bepaalde behandeling. Eerbied voor het leven impliceert, volgens de samenstellers, ook eerbied voor het sterven.[103]

---

[101] Naast verandering in medische ethiek is er ook beweging in medisch recht. Goudsmit heeft in 1954 al gepleit voor gezondheidsrecht als een juridisch specialisme (Goudsmit 1966). Een dergelijk pleidooi is ook verwoord bij het VIIe Internationale Congres van Katholieke Artsen in 1956 in Scheveningen (*VIIe Congrès international des médicins catholiques.1956, Den Haag, Scheveningen* 1957: 356). Ruim tien jaar later wordt opnieuw gepleit voor de specialisatie gezondheidsrecht. Deze keer naar aanleiding van het eerste wereldcongres over medisch recht in Gent. Kort daarna wordt de Nederlandse Vereniging voor het Gezondheidsrecht opgericht. Leenen, een van de grondleggers, ziet een belangrijke taak voor het gezondheidsrecht weggelegd:

> Het zijn niet alleen de behoefte aan meer systematiek, aan grotere inzichtelijkheid en het voorzien in lacunes, die een specialisme gezondheidsrecht rechtvaardigen. De gezondheidszorg is sterk in beweging en gaat een steeds belangrijker plaats in de samenleving innemen. Ook de mens- en maatschappijopvattingen verkeren in een evolutie en het is de taak van het gezondheidsrecht deze ontwikkelingen in goede banen te leiden, er richting aan te geven en met name ook te voorzien in een goede rechtsbescherming, omdat de afhankelijkheid van het individu in de gezondheidszorg toeneemt (Leenen 1968: 778-786).

[102] Stichting Landelijk Orgaan van de Gereformeerde Gezindte voor de Bejaardenzorg 1968: 9.

[103] Stichting Landelijk Orgaan van de Gereformeerde Gezindte voor de Bejaardenzorg 1968: 11-14.

De interventie van J.H. van den Berg

Het debat over ingrijpen in het levenseinde krijgt in 1969 een sterke impuls door het verschijnen van het boek *Medische macht en medische ethiek* van zenuwarts/neuroloog Van den Berg. In dit boek verwoordt Van den Berg de opvatting dat de tot dan toe geldende medisch-ethische stelregel – "het is de arts geboden menselijk leven te behouden, te sparen en te verlengen waar en wanneer dat kan"[104] - niet langer meer toereikend is. De ontwikkelingen in de medische technologie leiden er, in zijn optiek, toe dat er een nieuwe stelregel - een nieuwe medische ethiek - moet komen.

In het denken van Van den Berg over levensbeëindiging is een ontwikkeling aanwijsbaar. In het in 1959 verschenen boek *Het menselijk lichaam* gaat Van den Berg in op de taak van de geneeskunde. Hij beschrijft daarin het dilemma waarin artsen kunnen verkeren ten aanzien van het al dan niet behandelen van ongeneeslijke patiënten. Van den Berg stuit daarbij op het probleem dat men, als het recht van de medicus om soms niets te doen erkend wordt, geconfronteerd wordt met de vragen waar de grens ligt en of men de bepaling daarvan moet toevertrouwen aan de individuele arts. Vooralsnog volstaat Van den Berg met de opmerking dat artsen zoals alle mensen een sterke hang naar het leven hebben en dat zij niet de neiging hebben een algemene ethiek te stichten van 'niet-handelen'.

In 1967 stelt Van den Berg, naar zijn zeggen voor het eerst in het openbaar, dat er een nieuwe medische ethiek moet komen. In de desbetreffende lezing doet Van den Berg de uitspraak dat sommige patiënten zo verminkt zijn dat het beter is dat "een dergelijk stukgeslagen lichaam niet nog langer blijft leven". Zijn uitspraak ten aanzien van medische ethiek is nu stelliger dan in 1959: "Hier is nu een medische plicht van de arts níet te helpen." Vanuit de zaal wordt aan Van den Berg gevraagd of de arts niet alleen zijn hulp soms moet staken maar ook soms het leven actief moet beëindigen. Van den Berg is het daarmee oneens. Hij ziet een groot verschil tussen beide handelingen en hij denkt dat het staken van inspanning al "revolutionair" genoeg is. Daar staat echter tegenover dat hij zich in diezelfde lezing in lovende termen uitlaat over moeders, die hun door het gebruik van Softenon zwaar gehandicapte kinderen, gedood hebben.[105] In het kort daarna gepubliceerde boek *Medische macht en medische ethiek* verdedigt Van den Berg zowel passief als actief ingrijpen ten einde een leven te beëindigen.

In *Medische macht en medische ethiek* verdeelt Van de Berg de geschiedenis in drie tijdperken: een tijdperk van medisch-technische onmacht (oertijd tot ongeveer 1870); een overgangsfase (1870 tot ongeveer 1965); en een tijdvak van medisch-technische macht (vanaf 1965). De nieuwe medische macht - hij noemt als voorbeelden onder andere de mogelijkheid van hartchirurgie, van orgaantransplantatie, van neurochirurgie en van reanimatie - maakt, volgens Van den Berg, een nieuwe ethiek onafwendbaar. Hij formuleert het devies van de nieuwe ethiek als: "het is de artsen geboden menselijk leven te behouden, te sparen en te verlengen, waar en wanneer dat zinvol is."[106]

Van den Berg verzet zich tegen een te groot machtsvertoon van de medische techniek. Hij beperkt zich echter niet tot een pleidooi voor terughoudendheid. Integendeel, hij schroomt niet om openlijk ervoor uit te komen dat actieve levensbeëindiging in zijn ogen toelaatbaar

[104] Van den Berg 1969: 19.
[105] Van den Berg 1967/1968: 170-180.
[106] Van den Berg 1969: 47. Van den Berg gaat er verder niet op in hoe bepaald moet worden wat zinloos en wat zinvol is in het kader van een menselijk leven. Het lijkt hem tijdverspilling en oneerlijk ten aanzien van de zieken en stervenden om daaraan veel algemene aandacht te besteden. Het gaat steeds om handelen in individuele casus, die op hun eigen mérites beoordeeld moeten worden.

is. Het verzoek van de patiënt ziet hij niet als een noodzakelijk criterium. Wanneer een patiënt niet over zichzelf kan beslissen - bijvoorbeeld omdat hij dement is of in coma ligt - dan moet, aldus Van den Berg, de naaste familie, in overleg met de arts, de beslissing kunnen nemen om een dodelijke injectie te geven.[107]

> Menselijk leven mag, door de arts, beëindigd worden. Op twee manieren. Door medisch handelen te staken, en door een medische handeling te verrichten. In het eerste geval is de arts passief. … In het tweede geval is de arts actief. Hij doodt de patiënt. Het staat er zo wreed: dat de arts de patiënt doodt. Het klinkt ongewoon. Het lijkt ongepast. Maar ongepast is het volstrekt onbekwamen, lang verslagenen, stervenden en reeds gestorvenen voort te doen vegeteren. Dat moest ongewoon zijn. Dat is in ieder geval wreed.[108]

In *Medische macht en medische ethiek* pleit Van den Berg niet alleen voor het afwegen van zinvol en zinloos medisch ingrijpen, maar ook voor zeggenschap van de patiënt. In het nieuwe tijdperk is het volgens Van den Berg belangrijk, dat een arts zijn patiënt voorlicht over hoe deze er voor staat. Naar zijn mening heeft de patiënt het recht te horen waar hij aan toe is en de arts de plicht zijn bevindingen aan de patiënt mede te delen. Hij besluit zijn boek met de woorden:

> Voor de patiënt zelf is mijn laatste woord. Want voor hem schreef ik deze bladzijden. Hem moedig ik aan. Aan hem de bepaling hoe hij ziek is, wetend of onwetend. Aan hem de bepaling hoe hij wil sterven, waardig of onwaardig. Laat hij de vrijmoedigheid vinden om te zeggen wat hij wil. Hij vindt, bij volharding, de arts toch aan zijn zijde. Want de arts is er voor hem. Ja, de arts is er voor de patiënt, en voor niemand of niets anders.[109]

Medische macht en medische ethiek wordt in veel tijdschriften gerecenseerd.[110] De meeste recensenten hebben bewondering voor de moed van Van den Berg om een dergelijk moeilijk thema aan te snijden. Dat wordt dan ook alom toegejuicht. Aanmerkelijk minder positief wordt er echter gereageerd op Van den Bergs casuïstiek en zijn opvatting dat er actief een einde aan een leven gemaakt mag worden. Alhoewel Van den Berg in zijn boekje het woord ‘euthanasie’ niet gebruikt heeft, bezigen de meeste recensenten de term wel.[111]

Andere aankondigingen van verandering

Tegelijk met het boek van Van den Berg verschijnt de inleiding tot medische ethiek *Voorlopige diagnose* van de katholieke moraaltheoloog Sporken. Sporken is een van degenen die een overgang maken van de klassieke moraaltheologie naar een ethiek, waarin ruimte is voor respect voor individuele morele verantwoordelijkheid.[112] Anders dan Van den

---

[107] Van den Berg 1969: 37.
[108] Van den Berg 1969: 48.
[109] Van den Berg 1969: 48-49.
[110] Bijvoorbeeld: Sporken 1969 *Medisch Contact*; Schuurmans Stekhoven 1969; Leenen 1969; Amir 1969; Mooy 1969-1970; De Lange 1970; Van Veen 1970. Het boek werd in zeven jaar twintig keer herdrukt.
[111] Van den Berg reserveert het woord ‘euthanasie’ voor een ‘Stoïsch levenseinde’, dat is “dat iemand een optelsom maakt van wat nog positief en wat negatief is in het leven en als dan het negatieve duidelijke overheerst deze in volle gezondheid en met het volle verstand kiest voor de beëindiging van zijn leven, voor zelfmoord” (Van den Berg in een interview in februari 1996).
[112] Sporken in een terugblik op zijn leven:
> In de loop van de jaren zestig maakte ik een evolutie door, die gekenschetst kan worden als een ontwikkeling van katholiek moraaltheoloog naar ethicus, die vanuit zijn christelijke

Berg die zich verder niet in het euthanasiedebat gemoeid heeft, laat Sporken vanaf 1965 tot zijn dood in 1992 regelmatig zijn mening horen over het onderwerp.

Kenmerkend aan Sporkens inleiding in de medische ethiek is dat de auteur zijn opvattingen omtrent 'euthanasie' verwoordt door middel van omtrekkende bewegingen. Sporken schrijft over 'euthanasie' in het bredere kader van de stervenshulp en de stervensbegeleiding. Hij is van mening dat stervenshulp een medisch-ethische plicht is en dat ze gericht moet zijn op de zelfrealisatie van de mens - het beschikken over de optimale mogelijkheden om zijn eigen dood te sterven.[113] In het kader van de stervenshulp vormt levensbeëindigend handelen 'uiterste situaties'. Volgens Sporken is het moeilijk, zo niet onmogelijk, om een wezenlijk onderscheid te maken tussen de algemeen aanvaarde vormen van levensbekortend handelen en de 'actieve euthanasie': "actieve hulp bieden tot het goede sterven".[114] Het principiële onderscheid tussen de verschillende vormen van levensbekortend handelen is op de eerste plaats moeilijk te trekken omdat het opzettelijk nalaten van een levensreddende daad ethisch gelijk is aan het stellen van een levensbenemende daad. Op de tweede plaats bestaat er volgens Sporken geen wezenlijk onderscheid tussen het toedienen van een overmatige dosis pijnstillende middelen aan een stervende en de nog iets grotere dosis in het geval van actieve levensbeëindiging. De conclusie die Sporken trekt, is dat een categorische en voor alle situaties geldende ethische veroordeling van 'euthanasie' onhoudbaar is. Hij voegt daar aan toe:

> Let wel: de innerlijke houding van eerbied voor het leven en de hulp tot levensbehoud verdraagt geen compromis. Waar het hier om gaat is díe concretisatie te vinden voor de plicht om te helpen sterven, waarmee déze heel bepaalde patiënt in zijn bijzondere situatie op de meest juiste wijze gediend wordt.[115]

Sporken maakt twee restricties: een systematisch toepassen van levensbeëindiging bij ongeneeslijk zieken, krankzinnigen of personen die voor de gemeenschap een last zijn, is ethisch volkomen onaanvaardbaar; 'actieve euthanasie' verricht zonder medeweten van de patiënt in kwestie is eveneens onaanvaardbaar.[116]

Behalve in *Voorlopige diagnose* zijn Sporkens opvattingen over stervensbegeleiding en 'euthanasie' ook te lezen in een aantal bladen op het gebied van de gezondheidszorg.[117] Daarin blijkt onder andere dat Sporken legalisering van 'actieve euthanasie' prematuur vindt[118] en dat hij een belangrijk verschil ziet tussen 'euthanasie' en zelfmoord. Bij 'euthanasie' gaat het volgens Sporken over een situatie, waarin de dood met zekerheid binnen afzienbare tijd noodzakelijk zal komen; bij zelfmoord is dat niet het geval. Bij zelfmoord gaat het bovendien over een niet-meer-willen-leven, terwijl bij 'euthanasie' de hoofdbedoeling ligt in de bevrijding van een zodanig groot lijden, dat feitelijk voor deze patiënt een ontluistering van zijn menselijk bestaan met zich meebrengt.[119]

---

levensovertuiging authentiek menselijke waarden en de humaniteit van de menselijke leefwereld probeert te bevorderen. Een voortdurend appèl op ieders verantwoordelijkheid stond daarbij centraal (Sporken 1991: 19).

113 Sporken 1969 *Voorlopige diagnose* : 205-206.

114 Sporken 1969 *Voorlopige diagnose*: 219.

115 Sporken 1969 *Voorlopige diagnose*: 222.

116 Sporken 1969 *Voorlopige diagnose*: 222-223.

117 Onder andere: Sporken 1968 en Sporken 1969 *Medisch Contact*.

118 Sporken 1969 *Katholiek Artsenblad* : 16: "Het recht volgt de ethiek en met deze laatste zijn we inzake euthanasie nog lang niet klaar".

119 Sporken 1968: 453-454. Idem in Sporken 1969 *Katholiek Artsenblad*.

Eveneens in 1969 publiceert de zenuwarts/neuroloog Prick het artikel ‘De medische ethiek met betrekking tot de nieuwste ontwikkelingen in de geneeskunde’ in *Medisch Contact*, een artikel dat veel stof doet opwaaien.[120] Prick stelt dat artsen niet langer uit de voeten kunnen met het adagium dat de arts moet handelen “met absolute eerbied voor het leven”. De taak van de arts moet opnieuw omschreven worden. Globaal omvat deze taak volgens Prick de volgende drie punten: het leven behouden waar dat zinvol is; het lijden verzachten; en het begeleiden van het sterven.

Wat betreft het leven behouden maakt Prick onderscheid in gewone en buitengewone middelen. De toets van zinvolheid past hij toe op buitengewone middelen en hij is van mening dat bij een *infauste* prognose het gebruik van die middelen gestaakt mag worden. Dit is naar Pricks mening geen ‘euthanasie’ omdat de patiënt al gestorven zou zijn indien het middel niet was toegepast. Een wilsbekwame patiënt mag, in Pricks optiek, zelf beslissen over de zinvolheid van buitengewone middelen. Deze patiënt mag de dood verkiezen boven het leven dat bestaat bij gratie van bijvoorbeeld een machine. Wat betreft de pijnbestrijding spreekt het voor Prick “vanzelf, dat verkorting van levensduur, die onder omstandigheden hierdoor misschien zou kunnen worden bewerkstelligd, op de koop toe zal moeten worden genomen.” Ook dit is volgens Prick geen ‘euthanasie’.

Pricks artikel roept veel reacties op, instemmende maar ook zeer negatieve. Vermeldenswaard is de reactie van de gezondheidsrechtsgeleerde Goudsmit omdat deze op haar beurt weer zoveel artsen in de pen doet klimmen. Goudsmit verzet zich tegen de stelling “het leven behouden, waar dit zinvol is”. Naar Goudsmits mening eist de Wereldgezondheidsorganisatie van de arts absolute eerbied voor het leven. Ter onderschrijving van die stelling beroept hij zich ook op *Medische ethiek en gedragsleer* van de KNMG*.* Goudsmit is er bovendien van overtuigd dat artsen het intreden van de dood niet mogen verhaasten door het nalaten van een behandeling. Laat men dit toe, dan is er sprake van: “het hellende vlak dat in ethische zin naar de afgrond leidt.”[121]

Een aantal artsen verzet zich scherp tegen Goudsmits redenering. De arts Pompen beschrijft Goudsmits artikel als: “hooggestemd”, “te rechtlijnig", “te onwezenlijk”, “te abstract” en “niet klinisch”. Pompen acht “de humaniteit-tot-het-uiterste van Mr. C.J. Goudsmit een aanwijsbaar gevaar voor een ontaarding van de Geneeskunst tot strikte inhumaniteit”.[122] De zenuwarts Van Meurs bekritiseert de wat hij noemt “dwangneurotisch-magische gebaren” die Goudsmit maakt:

> Natuurlijk moeten wij richtlijnen stellen, maar die zijn vrij duidelijk sedert jaren: wij zijn er voor het behouden van het leven van een individu en wij verdedigen dat, zolang het zin heeft. Zin heeft het, zolang het voor de levende zelf zin heeft of voor zijn omgeving in engere of ruimere zin. Maar anders ook niet.[123]

Een andere arts laat weten:

> Mr. G’s “eerbied voor het leven tot het uiterste” komt neer op “rekken van het leven, onder alle omstandigheden, met alle beschikbare middelen”. Dit kan een onbarmhartige, wrede procedure zijn en met name de patiënt beroven van de mogelijkheid van een harmonische, vredige dood… Ik bied weerstand aan de

[120] Prick 1969: 83-86.
[121] Goudsmit 1969: 386.
[122] Pompen 1969: 504.
[123] Van Meurs 1969: 503.

> aanvechting casuïstiek te gaan produceren, doch volsta met de mededeling, dat ik mij enige malen verplicht heb gevoeld een middel *niet* toe te dienen, dat een leven zou hebben kunnen verlengen of zelfs te 'redden'.[124]

Prick benadrukt in zijn weerwoord op Goudsmit dat de Wereldgezondheidsorganisatie absolute eerbied eist van de arts voor het 'menselijk leven' en niet voor het leven. "Onder dit menselijk leven wordt verstaan volwaardig of volmenselijk leven en dit is niet gelijk te stellen met het leven van een mens." Verder beklemtoont Prick de snelle veranderingen die plaatsvinden in de medische ethiek.[125]

Kortom, in 1969 blijkt de de tendens om een op de specifieke situatie toegespitste ethische beoordeling te laten prevaleren boven een vorm van regel-ethiek meer algemeen te worden. Er vindt een overgang plaats van een 'oude medische ethiek' naar een nieuwe. Kenmerk van de 'nieuwe medische ethiek' is dat het medisch handelen als context-afhankelijk wordt beschouwd. Op het terrein van de levensbeëindiging wordt actief rechtstreeks doden als aanvaardbaar - door Van den Berg zelfs als soms verplicht - medisch handelen verdedigd. Een ander kenmerk van de nieuwe medische ethiek is dat de patiënt meer zeggenschap over eigen leven en dood wordt toegekend.

Ter afsluiting

De publicaties in 1969 van onder andere Van den Berg, Sporken en Prick luiden wat betreft het proces van rechtsverandering ten aanzien van euthanasie een nieuw tijdperk in. Het is daarom goed een inventarisatie te maken van de stand van zaken.

Medici en ethici, het is al een aantal keren herhaald, gebruiken het woord 'euthanasie' ter aanduiding van meerdere vormen van levensbekortend handelen. Op het meest algemene niveau staat de term 'euthanasie' voor het goede sterven. De aandacht voor dit goede sterven is duidelijk groeiend. Blijken daarvan zijn de aandacht van pastores voor stervensbegeleiding en de aandacht in medische kringen voor het werk van Saunders.

Ook het afzien dan wel niet instellen van een behandeling wordt aangeduid als 'euthanasie'. Het wordt nu duidelijk dat er twee, in hun aard nogal verschillende, redenen zijn die abstineren kunnen rechtvaardigen. De ene is dat dokters de behandeling niet zinvol (meer) vinden. Dit speelt een rol bij de discussie over reanimatie. De andere is dat de patiënt de behandeling niet meer wil. De opvatting dat de patiënt recht heeft te beslissen over zijn eigen lijf en leden doet opgeld. Die opvatting ligt in het verlengde van een bredere maatschappelijke ontwikkeling in de richting van zelfontplooiing en later zelfbeschikking. Nauw hieraan gerelateerd is het probleem van de waarheid aan het sterfbed. In de hierna volgende periode blijkt dat probleem geen rol van betekenis meer te spelen. Feitelijk zien we hier dat met het stellen van het probleem, het antwoord gegeven is. Dat mensen het recht hebben om te weten waar ze aan toe zijn, komt dan blijkbaar nagenoeg iedereen als vanzelfsprekend voor.

De derde betekenis van 'euthanasie' is de dood als neveneffect van pijnbestrijding. Opvallend is de constante beoordeling van deze vorm van levensbekorting. Nagenoeg iedereen, protestant en katholiek, dokter en pastor, ziet deze vorm van levensbekortend

124 Wierdsma 1969: 503.
125 Prick 1969: 505.

handelen onder bepaalde voorwaarden als te rechtvaardigen. De voorwaarden zijn beschreven in de doctrine van het dubbele effect en komt erop neer dat de intentie het verlichten van het lijden dient te zijn en niet het beëindigen van het leven.

De vierde betekenis is de ‘euthanasie in engere zin’, het actief levensbeëindigend handelen al dan niet op verzoek. Tot aan het einde van de jaren zestig verdedigt bijna niemand dit, alhoewel sommigen menen dat er uitzonderlijke omstandigheden zijn waar ook dit handelen te rechtvaardigen is. Met name het conflict van plichten is daarvoor opgevoerd. In 1969 treedt hier verandering in op. Actieve levensbeëindiging wordt nu verdedigd met een beroep op te ver doorgeschoten medische macht, en door te tornen aan de betekenis van het verschil tussen doen en nalaten.

In de jaren zestig wordt met enige regelmaat een catalogus van de betekenissen van de term ‘euthanasie’ opgesteld. Een nieuw optredende tendens is om na te denken of het begrip wel al deze betekenissen moet omvatten. Er staan nu auteurs op die stellen dat een bepaalde vorm van levensbekortend handelen – met name het nalaten van een behandeling - niet als ‘euthanasie’ moet worden aangemerkt. De discussie over de betekenis van de term en dan met name de beperking van de betekenis neemt in de hieropvolgende jaren toe.

Het jaar 1969 lijkt alles in beschouwing genomen een cruciaal omslagpunt te zijn. Kenmerken die ook in de jaren ervoor aanwezig waren, krijgen nu de overhand. Het meest duidelijke voorbeeld is het verlaten van het idee dat men toe kan met algemene regels voor iedere individuele situatie. In feite schreef Van Mourik Broekman dat al in de vroege jaren veertig en werd het herhaald door De Jongh, Van Holk en Schenk. Daaraan werd een nieuwe kenmerk toegevoegd: de emancipatie van de patiënt.

Deze veranderingen moeten aan de andere kant niet overdreven worden. Levensbeëindiging wordt nauwelijks in verband gebracht met individuele zelfbeschikking maar veeleer met barmhartigheid van de kant van de dokter. De patiënt wordt weliswaar uitgenodigd om mee te praten over zijn lot maar paternalisme viert nog altijd hoogtij.

Een paar kleinere punten vallen op. Nederlandse auteurs verwijzen nauwelijks naar buitenlandse literatuur en het recente verleden en ook de vernietiging van leven in nazi-Duitsland, wordt slechts bij hoge uitzondering als argument ingebracht. Verder ziet niet iedereen ‘euthanasie’ als een medisch probleem. Waar het wel als medisch probleem wordt gezien, worden er incidenteel opmerkingen gemaakt die dienen om de zorgvuldigheid van het medisch handelen rondom het levenseinde te garanderen. Met name de eis van onderling overleg van artsen en van verslaglegging wordt naar voren gebracht.

3 ‘Euthanasie’ in vele gedaanten (1970-1978)

In 1969 is ‘euthanasie’ plotseling een druk besproken onderwerp. Maar wat er onder de term verstaan wordt en welke voorwaarden men aan eventueel toelaatbare vormen van levensbekorting wil stellen, is bij lange na niet duidelijk. Op verschillende manieren komen er in de jaren daarna antwoorden op deze vragen. Enerzijds verschijnen in boeken en artikelen de antwoorden van medici, ethici, juristen en andere geïnteresseerden. Anderzijds scheppen bepaalde gebeurtenissen zoals rechtszaken en standpunten van organisaties meer helderheid.

De periode 1970-1978 is in het hierna volgende onderverdeeld in twee subperiodes. De eerste - die beschreven wordt in de eerste twee paragrafen - beslaat de periode 1970-1973. In de eerste paragraaf staan standpunten van medici, ethici en juristen centraal, in de tweede paragraaf twee officiële uitspraken over ‘euthanasie’. In 1973 staat opnieuw een arts voor de rechter voor het toepassen van levensbeëindiging bij een familielid, de zaak Postma. Deze zaak en de reacties erop worden beschreven in de derde en vierde paragraaf. In 1977 moet een arts zich voor medisch levensbekortend handelen verantwoorden voor het Medisch Tuchtcollege. Deze zaak – beschreven in de zevende paragraaf – is gekozen als het eindpunt van dit hoofdstuk. In de twee tussenliggende paragrafen worden opnieuw opvattingen van individuele deelnemers en organisaties weergegeven. Echter alvorens de draad van het proces van rechtsverandering ten aanzien van euthanasie weer op te pakken, besteed ik na deze inleiding kort aandacht aan drie andere onderwerpen. Het eerste is de verandering die in Nederland in de jaren zestig gestalte krijgt, het tweede is het zich ontwikkelende concept van de ‘mondige mens’ en het derde is abortus.

In de jaren zestig speelde zich in Nederland een zeer complex vernieuwingsproces af op zowel politiek als sociaal-economisch en sociaal-cultureel terrein. De Amerikaans-Nederlandse historicus Kennedy meent dat geen enkel land in West-Europa gedurende de jaren zestig meer veranderde dan Nederland. Tot het einde van de jaren vijftig werd Nederland, volgens hem, door buitenstaanders over het algemeen beschouwd als een eigenaardig en ‘ouderwets’ landje dat nog trouw was aan de tradities en gewoonten van een vorig tijdperk. Grote invloedrijke katholieke en protestantse subculturen hielden strikte morele opvattingen in stand, met hoge geboortencijfers als een van de resultaten. Begin jaren zeventig was er vrijwel niemand meer die in dergelijke behoudende termen dacht. Nederland bleek nu voorop te lopen in tolerantie en progressiviteit. Kerken liepen leeg, de geboortencijfers doken omlaag en het eens ongewoon rustige politieke klimaat vertoonde grote onrust. In dit klimaat van bevrijding van knellende banden paste ook het denken over levenbeëindigend en levensbekortend handelen.[1]

In het vorige hoofdstuk is naar voren gekomen dat Van den Berg niet alleen het vraagstuk van de levensbeëindiging op de kaart heeft gezet maar ook het vraagstuk van de zeggenschap van de patiënt. Ook ten aanzien van dat laatste punt was Van den Berg niet de enige.[2] Het thema van de mondigheid zet zich na 1970 sterk voort en mondt uiteindelijk

---

1 Kennedy 1995: 10-12.

2 Een bekend artikel is R.H. van den Hoofdakker, ‘Het bolwerk van de beterweters’, *Wijsgerig Perspectief* 1969: 292-301.

uit in nieuwe opvattingen over de dokter-patiëntrelatie: niet langer een paternalistische vader-kindverhouding maar een gelijkwaardige contractuele verhouding. De ethicus Terborgh-Dupuis heeft ‘mondigheid’ omschreven als een voorzetting en uitbreiding van de discussie over autonomie. Het verschil tussen beide is volgens haar dat mondigheid niet alleen de vrijheid vooronderstelt die de autonomie kenmerkt maar ook de verantwoordelijkheid die als een noodzakelijk en logisch complement van de vrijheid kan worden beschouwd. Mondigheid vooronderstelt, zo meent Terborgh-Dupuis, voorts ook macht. Daarbij denkt ze vooral aan de macht van wetenschap en techniek die de mens zich door de autonomie heeft verworven. Twee consequenties van mondigheid spelen een rol in de medische ethiek. De eerste is dat mondigheid als voorwaarde heeft het geïnformeerd zijn. De tweede is dat aan het beeld van de mondige mens mede een concept ten grondslag ligt waarbij de verantwoordelijke mens erkent dat ook de medemens verantwoordelijk is. Mondigheid impliceert, volgens Dupuis, een onvoorwaardelijke deling van de macht.[3]

Een van de belangrijkste thema’s in politiek en gezondheidszorg is in deze periode de strijd om de legalisering van de abortus. Bij het opstellen van het Wetboek van Strafrecht is de abortus provocatus verboden gesteld. Anders dan bij levensbeëindiging op verzoek heeft de minister ten aanzien van abortus op medische indicatie gesteld dat een dergelijke abortus géén zaak voor de strafrechter is. Gedurende de jaren zestig groeide de sociale acceptatie van abortus op andere gronden, bijvoorbeeld omdat de vrouw zich te jong voelt voor het opvoeden van een kind of omdat het gezin waarin het kind zal opgroeien als compleet wordt ervaren (de zogenaamde sociale indicatie).

In 1966 stelde de strafrechtjurist Enschedé dat de definitie van ‘medische indicatie’ veranderlijk is en dat anno nu ook niet-medische gronden binnen deze indicatie vallen.[4] Zijn idee ontvangt een warm onthaal. De biograaf van politieke strijd rondom abortus, de politicoloog Outshoorn, meldt dat er medio 1969 een ‘gat’ in de markt ontstaat, als blijkt dat de artsen het onderling niet eens worden, huisartsen ontevreden zijn over de beschikbare faciliteiten en de teams die inmiddels in diverse academische ziekenhuizen aborteren de vraag niet aankunnen. Een aantal artsen gaat dan buiten de ziekenhuissetting aborteren en zo ontstaan de eerste abortusklinieken.[5] In 1969 vindt er een debat plaats in de Tweede Kamer over de vraag of abortus gelegaliseerd moet worden zodat wet en werkelijkheid weer met elkaar overeenstemmen. De regering stelt voor een staatscommissie in te stellen die het onderwerp zal bestuderen. De PvdA, die niet wil wachten, komt in 1971 met een initiatiefwetsvoorstel om abortus te legaliseren. De KNMG, die zich twee jaar eerder nog tegen abortus had uitgesproken, komt in 1971 met richtlijnen. De organisatie meent dat de “plicht van de arts tot hulpverlening kan medebrengen, dat in aansluiting aan het verzoek om hulpverlening bij ongewenste zwangerschap tot abortus moet worden besloten.”[6]

Politiek gesproken blijft abortus nog een decennium lang op de agenda staan. Tegen het wetsontwerp van de PvdA rijzen grote bezwaren in confessionele kring. Dat leidt ertoe dat

---

[3] Terborgh-Dupuis 1976: 93; 104.

[4] Enschedé 1966.

[5] Outshoorn 1986: 128.

[6] KNMG 1971: 1025. Het hoofdbestuur is verder onder andere van mening dat de artsen in een dergelijke situatie dienen te handelen overeenkomstig de eisen van verantwoord medisch handelen; dat abortus moet worden beschouwd als een uiterste oplossing, waaruit voortvloeit dat hoge eisen van zorgvuldigheid aan de besluitvorming moeten worden gesteld; dat in het algemeen het besluit tot het uitvoeren van abortus provocatus moet worden genomen door ten minste twee artsen; dat de vereiste zorgvuldigheid tevens met zich meebrengt dat van elke ingreep een verslag wordt gemaakt waarin ook de overwegingen worden gemeld, die tot de beslissing hebben geleid.

het kabinet met een eigen voorstel komt, waarin gepoogd wordt de ontwikkeling voor het grootste deel weer terug te draaien. Bij de formatie van het kabinet-Den Uyl (1973-1977)[7] wordt afgesproken dat dit wetsontwerp zal worden ingetrokken, dat de *status quo* gehandhaafd zal blijven en dat de confessionelen een initiatief-wetsvoorstel zullen indienen dat dan tegelijkertijd met dat van de PvdA-fractie in behandeling zal worden genomen. Buiten het parlement laait de strijd om de abortus met enige regelmaat hoog op, onder andere bij pogingen van het ministerie van Justitie om een abortuskliniek te sluiten.

Begin 1975 dienen de fracties van KVP en ARP hun wetsontwerp in, waarin het verrichten van abortus aan zeer strakke bepalingen wordt onderworpen. Als ook de liberalen met een initiatief-wetsontwerp komen, is het duidelijk dat geen enkel ontwerp een meerderheid zal krijgen. Vanuit de gedachte dat zaken betreffende leven en dood als het enigszins mogelijk is uit de politiek gehouden moeten worden, besluiten de liberalen en socialisten hun wetsontwerpen samen te voegen. Kern van hun gemeenschappelijk ontwerp is dat abortus uit de strafwet zal verdwijnen en dat de vrouw tot een zekere grens van zwangerschap recht heeft op abortus. De confessionelen willen abortus in de strafwet houden en alleen in noodgevallen een strafuitsluitingsgrond overwegen. Het voorstel van PvdA en VVD wordt najaar 1976 in de Tweede Kamer aanvaard met de stemmen van de confessionelen uiteraard tegen. Van Agt vraagt zich hardop af, of hij als minister van Justitie wel een wet kan contraseigneren die zijn instemming niet heeft. Het antwoord komt niet meer aan de orde daar het wetsontwerp in de Eerste Kamer strandt.[8]

3.1 MEDICI, ETHICI EN JURISTEN OVER 'EUTHANASIE' (1970-1973)

De discussie over medisch-ethische onderwerpen wordt na 1969 voortgezet.[9] Dat het onderwerp leeft, blijkt niet alleen uit tal van artikelen in medische bladen en uit het organiseren van discussiebijeenkomsten en in het leven roepen van medisch-ethische comités[10], maar ook uit publicaties voor een breder publiek.[11]

Een van de medisch-ethische onderwerpen die aandacht krijgen is het thema 'sterven'. In een aantal van deze publicaties wordt het onderwerp 'euthanasie' slechts aangeroerd en in andere publicaties staat het centraal.[12] De belangstelling voor het thema van de

---

7 Het kabinet is samengesteld uit: PvdA, KVP, ARP, D'66 en PPR.

8 Bosmans 1995: 104 –107.

9 Terborgh-Dupuis spreekt wat betreft deze jaren van een crisis in de medische ethiek (Terborgh-Dupuis 1976: 11). Als auteurs van wie ze ondersteuning voor deze opvatting vindt, noemt ze onder andere: J.J. Prick (Prick 1969), W. Metz (Metz 1970), Tj.L.A. de Bruïne (De Bruïne 1970), en Th.C.J. Beemer (Beemer 1971).

10 Zo is er binnen de KNMG in 1970 een werkgroep opgericht die zich zal bezinnen op de mogelijkheden tot "een slagvaardige, eigentijds vormgeving van de bestudering der medische ethiek" (Van der Drift 1970: 416). Leden zijn onder andere Sporken, Van Leeuwen, Roeling, Van der Mijn en Roelink. *Metamedica* - de opvolger van het *Katholiek Artsenblad* - organiseert een serie discussieavonden waaraan onder andere de juristen Van Agt en Leenen, de ethici Beemer, Heering en Sporken en de artsen Kortbeek, Metz, Roelink en Tellegen deelnemen (*Metamedica* 1973: 490).

11 Voorbeelden hiervan zijn J.P. Calff, *Medische ethiek vandaag. Zestien vraaggesprekken met vooraanstaande medici* (Amsterdam en Brussel 1969), P.J. Roscam Abbing*, Toegenomen verantwoordelijkheid. Veranderde ethiek rond euthanasie, eugenetiek en moderne biologie* (Nijkerk 1972) en een speciaal nummer in 1970 van *Rekenschap*, het blad van het Humanistisch Verbond.

12 Oorspronkelijk Nederlandse voorbeelden van het eerste zijn W.J. Berger, *Leren bijstaan van stervenden* (Nijmegen 1968), H. Faber (red), *Over dood en sterven* (Leiden 1971), C. van der Meer, *Geneeskundige confrontatie met de dood* (Amsterdam 1970) en themanummers van diverse bladen zoals *Wijsgerig Perspectief* juli 1969, en in hetzelfde jaar *Voorlopig*. Vertalingen zijn onder andere E.

stervensbegeleiding blijkt ook uit georganiseerde studiedagen[13] en radio- en televisie-uitzendingen.[14] Door menigeen wordt deze belangstelling voor het levenseinde gezien als het doorbreken van het laatste taboe: het taboe op de dood.

In het onderstaande wordt op de discussie over de medische ethiek ingegaan in zoverre daarbij het thema van de levensbekorting een rol speelt. De discussie gaat in deze periode in hoofdzaak over twee onderwerpen. Het eerste is de vraag wat men onder 'euthanasie' moet verstaan. Steeds duidelijker wordt dat alleen de 'actieve euthanasie' als 'euthanasie' wordt gezien. Ten tweede bediscussieert men ten aanzien van de 'actieve euthanasie' de vraag of dit toelaatbaar is vanuit medisch-ethisch en juridisch perspectief.

HET BEGRIP 'EUTHANASIE'

Evenals voorheen is er een veelheid aan definities van 'euthanasie' in omloop. Een enkeling houdt vast aan de opvatting van 'euthanasie' als stervensbegeleiding.[15] De meeste auteurs leggen echter de nadruk op de actieve beëindiging van het leven, met of zonder verzoek. Als voorbeeld kan de protestantse hoogleraar theologie Roscam Abbing dienen. Hij stelt:

> Tegenwoordig denkt men bij euthanasie … niet meer zo algemeen aan de hulp, die men kan bieden bij het naderen van de dood, maar meer speciaal aan de hulp, die

---

Ahnsohn, *Spreken en zwijgen aan het ziekbed: grondproblemen van de medische bijstand bij het sterven* (Nijmegen 1968), A. Toynbee e.a. *Denken over de dood* (Utrecht en Antwerpen 1969) en E. Kübler-Ross, *Lessen voor levenden: gesprekken met stervenden* (Bilthoven 1969). Voorbeelden van het laatste zijn A.B. Downing e.a., *Euthanasie. Het recht om te sterven* (Utrecht en Antwerpen 1970) en de Nederlandse roman van R. Luysterburg *De dood heeft alle tijd* (Amsterdam 1972).

[13] Voorbeelden zijn een studiedag op 6 en 7 juni 1969 in Amsterdam met als thema 'Omgaan met de dood' (vermeld door C. Vogel, 'Omgaan met de dood', *Mens en Wereld*, 28 juni 1969: 3) en een studiedag van de Nederlandse Christen Vrouwen Bond in 1970 in Rotterdam met als thema 'Het recht om in rust en vrede te sterven' (genoemd in Velema *Rondom het levenseinde* 1971: 30).

[14] Voorbeelden zijn de verslaglegging van een bezoek van verslaggever Koos Postema aan de hospice St. Joseph in Londen (vermeld in Hofstede 1970: 69), een aantal radioredes van de hoogleraar theologie Velema voor de NCRV met als thema 'Rondom het levenseinde, een IKOR-documentaire onder de titel 'Tot onze diepe droefheid' van de socioloog Peter Hofstede, een gecombineerde radio-en televisie-uitzending van de NCRV met als titel '...Tenzij een wonder gebeurt' en ten slotte een korte reeks televisieprogramma's van dezelfde zendgemachtigde onder de titel 'Een milde dood'. Veel van deze programma's zijn in boekvorm uitgegeven.
In een van deze programma's vertelt een arts dat hij een aan kanker lijdende vrouw met een spuitje uit haar lijden heeft verlost. Hij vertelt over de moeilijkheden die hij daarbij ondervond en dat hij het alleen gedaan heeft, maar wel gepraat heeft met een bevriend huisarts. Er is nog aan de orde gekomen of deze arts vervolgd zal worden. Het Openbaar Ministerie verklaart echter liever een optreden van de tuchtrechtelijke instantie af te wachten. De makers van het programma verwachtten ook een dergelijke terughoudendheid gezien de moeilijke bewijslast, waar de arts niet verplicht zou zijn mee te werken aan het leveren van het bewijs. Ook de inspecteur van de volksgezondheid meent niet te moeten optreden in deze casus maar hij waarschuwt niet opnieuw artsen in de verleiding te brengen tot dergelijke 'bekentenissen' (Mochel 1972: 27). De programma's van Mochel hebben op hun beurt er weer toe geleid dat twee organisaties van verpleegkundigen een congres organiseren. Van dit congres (dat door circa 4000 mensen bijgewoond is) is verslag gedaan in de bundel van Schreuder, Rang en Sporken. Het *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* drukt de redes integraal af (*Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 1972: 293-312).

[15] Zo is de gerontoloog Schreuder van mening dat de "werkelijke euthanasie" is dat de patiënt zijn eigen dood sterft en daarbij de steun, de begeleiding en de liefde van zijn omgeving heeft (Schreuder 1972: 16).

> daarin zou kunnen bestaan, dat men de dood helpt te naderen, zodat het leven wordt bekort en een bepaald lijden wordt beëindigd.[16]

Een ander voorbeeld is de definitie van 'euthanasie', gegeven door de jurist Van Till. Zij omschrijft 'euthanasie' in haar proefschrift over medisch-juridische aspecten van het einde van het leven, als "een op medische indicatie berustende levensverkortende opzettelijke medische gedraging, dienend om voor een ongeneeslijk zieke en ondraaglijk lijdende patiënt een goede dood mogelijk te maken of om diens lijden te verkorten".[17] Uit de definitie van Van Till blijkt dat zij ervan uitgaat dat 'euthanasie' gesitueerd is in een arts-patiëntrelatie. Een uitgangspunt dat door menigeen stilzwijgend gedeeld wordt.

Evenals voorheen worden er ook nu verschillende vormen van 'euthanasie' onderscheiden. Als voorbeeld moge hier wederom Roscam Abbing dienen. Hij onderscheidt 'indirecte', 'actieve', 'passieve'[18], 'gevraagde', 'ongevraagde' en 'ongewilde'[19] 'euthanasie'. Ten aanzien van een aantal van deze vormen - namelijk indirecte, passieve en ongevraagde - zijn er auteurs die stellen dat die specifieke vormen niet onder 'euthanasie' gerekend moeten worden.

Zo stelt Sporken dat hij de term 'euthanasie' uitsluitend gebruikt voor het actief of passief opzettelijk bekorten van een reeds begonnen en niet te stuiten stervensproces. In alle andere gevallen - hij denkt aan lichamelijk en/of geestelijk gehandicapte kinderen, mensen met ernstig hersenletsel en dementerende bejaarden - spreekt hij van 'levensbeëindiging' of van 'doden'.[20] Sporken is aldus van mening dat ongevraagde levensbeëindiging niet aangeduid moet worden met het begrip 'euthanasie'.

Anderen betwijfelen of men wel moet spreken van 'passieve euthanasie'. Velema stelt dat "men bij passieve euthanasie misschien wel het leven verkort, maar in elk geval niet het moment van het sterven bepaalt, en daarvoor ook geen bepaalde middelen gebruikt".[21] Van Till, die twee vormen van passieve levensbekorting onderscheidt – het stoppen van een behandeling die medisch zinloos is en het stoppen van een behandeling omdat de patiënt die weigert – meent dat die laatste vorm beter niet aangeduid kan worden met de term 'passieve euthanasie'. Het gaat hier in haar optiek niet om een medische gedraging maar om "het hanteren door de patiënt van zijn persoonlijkheidsrechten".[22]

Een aantal auteurs gebruikt de term 'indirecte euthanasie' niet. Vermoedelijk omdat zij behandeling van pijn - ook al is een neveneffect daarvan dat de dood bespoedigd wordt - als te rechtvaardigen medisch handelen beschouwen. Zo schrijft de arts Verjaal dat wanneer

---

16 Roscam Abbing 1971: 201. Andere soortgelijke definities zijn te vinden bij de theoloog Velema ("Het beëindigen van leven van mensen, die ongeneeslijk ziek zijn... Het is de dodende injectie die iemand rustig sterven doet en aan lijden een eind maakt of daarvoor bewaart" - Velema 1971: 36); de geriater Leering ("het levensverkortend handelen met het doel een zachte dood te bewerkstelligen" – Leering 1971: 245); en de hoogleraar medische ethiek Sporken ("hulp bieden om goed te sterven en wel door opzettelijke verkorting van het stervensproces" - Sporken 1972 *De laatste levensfase* : 90).

17 Van Till- d'Aulnis de Bourouill 1970): 105.

18 Roscam Abbing 1971: 212.

19 Roscam Abbing 1972: 37.

20 Sporken in Schreuder, Rang en Sporken 1972: 29.

21 Velema 1971: 36. Ook zo Leering 1971: 246 en Rang 1972: 21. De laatste meent dat wanneer de dokter op goede gronden tot de slotsom is gekomen dat verdere behandeling geen zin heeft of onmogelijk is, er geen behandelplicht meer is en dat de arts dan dus niets nalaat wat hij zou moeten doen. Ook zo Schuurmans Stekhoven 1970: 161).

22 Van Till 1970: 123. Ook zo Rang 1972: 21, Van Agt 1971: 82 en 85 en Ekelmans 1972: 1100).

de dood te smartelijk is, het bijna niemand de dokter euvel zal duiden wanneer hij de dosering pijnbestrijding zo kiest dat het einde van het leven enigszins wordt bespoedigd. Alhoewel men dergelijk handelen volgens Verjaal kan aanduiden als een zekere vorm van ‘actieve euthanasie’, acht hij een dergelijk handelen voor de arts en patiënt “meer aanvaardbaar dan de brute injectie die het leven per acuut beëindigd”.[23] Schuurmans Stekhoven meent “dat actieve doodsstrijd-, stervensproces-, en lijdenswegverkorting door toediening van pijn- en lijdenbeperkende geneesmiddelen door elke consciëntieuze medicus zonder gewetensbezwaren en zonder strafrechtelijke of tuchtrechtelijke risico’s in praktijk wordt gebracht”.[24] Roscam Abbing merkt op dat de ‘indirecte euthanasie’ de meest onschuldige lijkt. Naar zijn mening wordt deze vorm van ‘euthanasie’ door bijna iedereen aanvaard, maar hij betwijfelt of iedereen beseft dat daarmee een wissel is gepasseerd in de richting van andere vormen van ‘euthanasie’.[25]

Niet alleen speelt de vraag of bepaalde vormen al dan niet tot ‘euthanasie’ gerekend moeten worden, maar ook de vraag of de verschillende vormen van levensbekorting - en dan met name passieve en actieve - wel principieel van elkaar verschillen en of de aangebrachte scheidslijnen houdbaar zijn. Leering stelt ten aanzien van het onderscheid tussen ‘actieve’ en ‘passieve euthanasie’, dat het enige verschil gevonden kan worden “in het beëindigen van een leven dat niet in een stervenstraject verkeert en het ingrijpen in het stervenstraject zelf”.[26] Schreuder echter stelt dat er wel een groot psychologisch verschil is, ook al is er logisch gesproken geen verschil tussen iets doen om iemand te doden of iets nalaten te doen dat hem in leven kan houden.[27] Roscam Abbing - die erkent dat er tussen de verschillende vormen van levensbekorting psychologisch grote verschillen bestaan - ziet, zowel uit praktisch als uit principieel oogpunt, een vloeiende overgang tussen passieve en actieve levensbekorting.[28]

De juristen Ekelmans en Van Till gaan in op de juridische relevantie van het onderscheid. Ekelmans stelt: “Rechtens bestaat tussen handelen en nalaten geen verschil indien handelen plicht is, hetgeen speciaal geldt voor de medicus, wiens taak juist is het verlenen van hulp en niet het achterwege laten daarvan”.[29] Ekelmans noemt het onderscheid “onjuist, onwaarachtig en een miskenning van de monopoliepositie van de arts”. Hij stelt dat de gemeenschap de arts het monopolie van medische hulpverlening heeft toevertrouwd. De consequentie die hij daaraan verbindt is dat de gemeenschap dan ook, vanuit haar opvattingen, de medicus moet voorschrijven hoe hij - niet vrijwillig, doch verplicht - heeft te handelen op de grens van leven en dood en bij het beschermen van het menselijk leven.[30] In Van Tills optiek is het verschil tussen ‘actieve’ en ‘passieve euthanasie’ wel juridisch relevant. Het criterium hiervoor is, volgens haar, niet doen of laten maar het feit dat er bij ‘actieve euthanasie’ sprake is van een geheel nieuwe, aan de patiënt ‘on-eigen’

---

23 Verjaal 1970: 31.

24 Schuurmans Stekhoven 1970: 161.

25 Roscam Abbing 1972: 22.

26 Leering 1971: 247.

27 Dit verschil is, in zijn optiek, reden genoeg om te stellen dat ‘actieve euthanasie’ niet mag voorkomen (Schreuder 1972: 16). Ook zo Van der Meer 1990: 46. Oorspronkelijk in *Ministerium* 1970: 185-191.

28 Roscam Abbing 1972: 37. Sporken heeft zich al eerder in deze zin uitgelaten (Sporken 1969: 222).

29 Ekelmans 1972: 1099. Ook zo Rang 1972: 21.

30 Ekelmans 1971: 795. Een jaar later wijst hij nogmaals op de mogelijke spanning tussen de onder medici als groep heersende opvattingen enerzijds, en die in de maatschappij anderzijds. Een spanning die in zijn optiek niet zonder gevaar is omdat het niet alleen leidt tot ondermijning van het vertrouwen in de medische stand, maar bovendien tot ingrijpen in het levenseinde door niet-medici (Ekelmans 1972: 1101).

doodsoorzaak.[31] Van Till ziet geen juridische belemmeringen voor de 'vrijwillige passieve euthanasie'.

De eventuele toelaatbaarheid van 'actieve euthanasie'

In de discussie over de toelaatbaarheid van 'euthanasie' wordt een breed scala aan antwoorden gegeven. Dit scala bestrijkt de opvatting dat 'euthanasie' een gewenst grondrecht is, het standpunt 'neen, tenzij' en een totale afwijzing van 'euthanasie' met een beroep op Gods Woord.

De eerste opvatting is te vinden bij Roscam Abbing. Hij vindt het onjuist om de ene vorm van levensbekorting wel te aanvaarden, en de andere onder geen beding. Zijn conclusie is dat 'vrijwillige actieve euthanasie' onder bepaalde omstandigheden ook door christenen gevraagd mag worden.[32] Waar de wet dat verbiedt moet dat in Roscam Abbings optiek veranderd worden, omdat het tot de democratische grondrechten behoort dat burgers - althans binnen grenzen[33] - mogen beschikken over hun eigen leven.[34] Roscam Abbing vindt dat de gemeenschap, bij monde van haar overheid, verplicht is per geval al dan niet toestemming tot euthanasie te verlenen. Die toestemming zal moeten worden verleend door "een klein team van deskundigen, bijvoorbeeld van een psychiater, een jurist, en een maatschappelijk werker".[35] Ook de filosoof Klever is van mening dat de 'kunstmatige beëindiging van het leven' een zedelijk verantwoorde keuze van het subject kan zijn. "Zelf behoort de mens zijn eigen dood te sterven in de vorm die hij verkiest. Euthanasie ligt daarom geheel in het persoonlijk vlak van de eigen dood". De mens mag daarbij in Klevers optiek ook hulp krijgen.[36] De jurist Ekelmans poneert de stelling

> dat zodra de mens definitief in de onmogelijkheid is komen te verkeren als mens in wederkerige reële sociale communicatie met anderen te leven, het resterende enkel originair menselijke leven, geen aanspraak op bescherming meer kan maken en daaraan ook geen behoefte meer heeft. Dit menselijk substraat of preparaat heeft dan recht geheel (en aanstonds) te sterven ...[37]

Anderen denken dat 'euthanasie' toelaatbaar kan zijn als aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Zo beschouwt Leering 'euthanasie' als acceptabel maar slechts wanneer er sprake is van onaanvaardbaar leven en van een onaanvaardbaar sterven. Hij stelt dat individu en samenleving samen de mate van aanvaardbaarheid bepalen, zoals ze dat ook doen bij politieke moord en abortus provocatus.[38] Van Till meent dat 'actieve euthanasie' alleen toelaatbaar is wanneer de patiënt instemt met de levensbeëindiging, verder meent zij dat de euthanasie in het belang van de patiënt moet zijn en dat het bekorten van het lijden niet met andere middelen kan worden bereikt. Het reeds nabij of onontkoombaar zijn van de

---

[31] Van Till 1972: 179.

[32] Roscam Abbing 1972: 37.

[33] De twee begrenzingen die Roscam Abbing ziet zijn: anderen mogen niet gedupeerd worden en voorkomen moet worden dat de persoon zelf zich onwetend schade berokkent.

[34] Roscam Abbing 1972: 17.

[35] Roscam Abbing 1972: 17. Het idee van het comité wordt door menigeen verworpen. Onder andere door Schreuder die stelt :

> Dan krijg je dat er een commissie moet zijn die dit rechtvaardigt. De beslissing kan nooit bij één berusten. Dus dan gaan er drie kerels om de tafel zitten, roken een sigaar, drinken een kop koffie en zeggen: nou nee, die patiënt moet maar dood. Dit kan toch niet; dat is niet logisch. Ik geloof dat iedereen kan aanvoelen, wat ik bedoel (Schreuder 1972: 16).

[36] Klever 1972: 303.

[37] Ekelmans 1971: 793.

[38] Leering 1971: 245.

dood lijkt Van Till geen noodzakelijke voorwaarde voor toelaatbare levensbeëindiging.[39] Procedureel denkt zij dat het belangrijk is dat de arts de diagnose dat de ziekte ongeneeslijk is, door een collega laat bevestigen en dat hij ervoor zorgt dat hij kan aantonen dat het verzoek vrijwillig was.[40] De anesthesist Admiraal – die 'euthanasie' in een aantal gevallen verantwoord acht - meent dat niet alleen overlegd moet worden met patiënt en artsen maar ook met familie en geestelijk verzorger.[41]

In deze periode worden veelal twee argumenten vóór 'euthanasie' ingebracht. Deze kunnen samengevat worden met de termen 'barmhartigheid' en 'zelfbeschikking'. Het eerste argument wordt met name gehanteerd door auteurs die levensbekorting bij ondraaglijk lijden verdedigen zoals Sporken, Leering, Van Till en Rang. Roscam Abbing, Klever en Ekelmans hanteren, zo werd uit het voorgaande al duidelijk, het tweede argument.

In zijn algemeenheid worden in deze periode twee argumenten ingebracht tegen 'actieve euthanasie'. Het eerste is de eerbied die verschuldigd is aan het menselijk leven. De rooms-katholieke kerk hanteert onder andere dit argument.[42] Van protestante zijde voeren Galenkamp[43] en Velema dit argument aan. Het andere argument – eveneens door beide genoemde auteurs naar voren gebracht - is dat van het hellend vlak. Velema stelt dat wie zich het recht toekent om leven op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen, geen wezenlijke bezwaren meer kan maken tegen het gebruik van dat recht in een vroeger stadium dan de pijnlijkste dagen van ongeneeslijke ziek-zijn.[44] Ook de zenuwarts Van Meurs vertolkt dit argument een aantal malen. Hij constateert een verschuiving bij 'euthanasie' van verbod naar toelaatbaarheid, van vrijwillig naar opgelegd of gemanipuleerd, van defecte naar niet defecte patiënt of cliënt en van individuele naar sociale motivatie.[45] Sommigen – voorbeelden daarvan zijn de eerdergenoemde Schreuder en de chirurg Renes - wijzen 'actieve euthanasie' af [46], met de erkenning dat er uitzonderingen kunnen zijn.

---

[39] Van Till 1970: 123. Van Till meent dat het toepassen van 'euthanasie' niet aan de arts als verplichting kan worden opgelegd, maar, zo stelt zij, op een arts die om persoonlijke redenen niet bereid is 'euthanasie' toe te passen, rust de beroepsverplichting zijn patiënt ter behandeling over te dragen. Ze oppert de gedachte dat er 'euthanasieteams' moeten komen, vergelijkbaar met de 'abortusteams' (Van Till 1970: 106).

[40] H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, 'Euthanasie, vraag van wel of niet wetgeven', *N.R.C.-Handelsblad 8 februari* 1977.

[41] Admiraal 1972: 458.

[42] Een voorbeeld hiervan is te vinden in een brief van de pauselijke staatssecretaris, kardinaal J. Villot namens paus Paulus, gericht aan het congres van katholieke artsen te Montreal. Volgens Beemer en De Wachter, die verschillende kerkelijke uitspraken op een rij zetten en melding maken van deze brief, is er in de uitspraken van de rooms-katholieke kerk een continue lijn te constateren, namelijk de ontkenning van het recht om over het eigen leven te beschikken. De mens het morele recht te ontzeggen om over zijn eigen leven te beschikken, wordt tevens beschouwd als een positieve bijdrage aan de handhaving van de eerbied voor het menselijk leven in een samenleving (Beemer en De Wachter 1974: 224-229).

[43] Hij verwerpt met een beroep op het zesde gebod niet alleen de 'actieve euthanasie' maar ook de 'passieve'. Het behoort in zijn optiek niet tot de bevoegdheid van de mens om het einde van zijn leven zelf te bepalen, of om het leven te verlengen of te bekorten (Galenkamp 1972: 6-8).

[44] Velema 1971: 66. Galenkamp 1972: 8.

[45] Van Meurs 1971-1972: 240-246. Hierbij wijst hij onder andere op een artikel van Krop (Krop 1971). Ook in zijn reactie op een artikel van Sporken in *Medisch Contact* wijst Van Meurs op het hellend vlak (Van Meurs 1970).

[46] Renes 1971: 1329. Schreuder 1972: 16. Ook Velema, Tans en Oostvogel spreken zich duidelijk uit tegen 'actieve euthanasie' (Velema 1971 Als verder leven; Tans 1973: 46; Oostvogel 1973: 53).

Incidenteel wordt een verband gelegd tussen levensbekorting en bevolkingspolitiek. Een voorbeeld hiervan is de studentenpastor Krop die tegenover de bezwaren die geopperd wordt tegen ‘euthanasie’ stelt dat een doelgerichte bevolkingspolitiek niet alleen bewuste geboorteregeling betekent, maar ook de vraag naar bewuste levensbeëindiging. Daarbij zijn in zijn optiek twee standpunten te onderscheiden. Het eerste stelt dat de ‘actieve euthanasie’ in de zin van doelbewuste levensbeëindiging van het leven, in de toekomst niet alleen getolereerd maar zelfs gewaardeerd zal worden. De achterliggende gedachte is hier dat het eindeloos rekken van het leven van met name bejaarden zo’n zware psychische en economische druk legt op de maatschappij, dat de jongere generatie daardoor zichzelf in feite vermoordt. Het tweede standpunt stelt dat “dat de propaganda en de beoefening van elke actieve vorm van euthanasie het thanatisme in de hand lijkt te werken”.[47] Krop concludeert dat de cultuur dringend om een ‘thanatologie’ vraagt: “elke mens vraagt om zijn eigen dood en de samenleving vraagt om samen te blijven leven. Het gaat erom deze twee met elkaar in verbinding te brengen”.[48] Van Till, die na haar proefschrift blijft schrijven over levensbeëindiging en bij menige gelegenheid optreedt als deskundige, spreekt in 1972 de vrees uit dat het debat over ‘euthanasie’ niet alleen beïnvloed wordt door een stroming die euthanasie op verzoek voorstaat maar ook door een tweede, geheel verschillende, stroming namelijk de tendens in de samenleving om zich te ontdoen van al wat hinderlijk is. Van deze laatste stroming distantieert zij zich uitdrukkelijk.[49]

Of levensbekorting thuis hoort in het Wetboek van Strafrecht is onderwerp van debat bij juristen. Schuurmans Stekhoven stelt dat het zonder meer duidelijk is dat de “moraliserende artikelen” 293 en 294 in beginsel niet thuishoren onder de misdrijven tegen het leven, “tenminste als men uitgaat van de ‘zelfmoordvrijheid’ van de mens, dat wil zeggen van het mensenrecht over eigen leven te beschikken.”[50] Iets genuanceerder drukt Van Agt zich uit wanneer hij zegt:

> Een mens doet een beroep op zijn medemensen hem in staat te stellen een leven dat hij verafschuwt, als eerloos en ontluisterd ervaart, te verlaten. Als wij dat beroep beantwoorden, honoreren wij zijn zelfbeschikkingsrecht en vervullen tevens onze plicht van solidariteit. Zelfs actieve euthanasie kan uiting van echte medemenselijkheid zijn.[51]

Hij wijst erop dat het onderscheid “tussen de strafbare levensberoving en de algemene ingrepen tot verzachting van lijden” vager is dan men veelal onderkent en dat de strafbepaling daarmee op een “broos fundament” berust.[52]

Andere juristen menen dat het verbod op ‘euthanasie’ wel thuishoort in het Wetboek van Strafrecht maar dat in sommige situaties een geslaagd beroep op een rechtvaardigingsgrond gedaan kan worden. Van Till denkt daarbij aan het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid. Rang en Ekelmans zien daarnaast een beroep op overmacht in de vorm van noodtoestand als een mogelijkheid. De laatste meent dat ook de medische exceptie een rol zou kunnen spelen.[53]

---

47 Dit standpunt vindt Krop bij Van Meurs 1971: 1025.
48 Krop 1971: 1035.
49 Van Till 1972: 181-184.
50 Schuurmans Stekhoven 1970: 139.
51 Van Agt 1971: 87.
52 Van Agt 1971: 86.
53 Van Till 1970: 105. Later zal ze het iets ruimer formuleren: “Actieve euthanasie, al dan niet op verzoek van de patiënt, is strafbaar tenzij een rechtvaardigingsgrond kan worden aangetoond” (Van Till-d’Aulnis de Bourouill 1971: 189; Ekelmans 1972: 1098-1099; Rang 1972: 18-19.

3.2 Twee officiële uitspraken over ‘euthanasie’

Het boek van Van den Berg dat in de laatste paragraaf van hoofdstuk 2 werd besproken, heeft niet alleen discussie veroorzaakt bij artsen, ethici en juristen maar roept ook reacties op in de Tweede Kamer. In het debat over de begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid in 1970, vraagt Tilanus (CHU) om een studiecommissie voor het vraagstuk van de medische macht en ethiek.[54] Staatssecretaris Kruisinga antwoordt positief en zegt toe een adviesaanvraag tot de Gezondheidsraad te richten.[55] In september 1970 besluit de voorzitter van de Gezondheidsraad naar aanleiding van die vraag tot het vormen van een Commissie Medische Ethiek.

In de eerste plenaire vergadering van deze commissie (ook wel naar de voorzitter ‘Commissie De Vreeze’ genoemd[56]) besluit zij zich in haar advies te beperken tot de problematiek van de ‘euthanasie’, het onderwerp dat het “meest urgent lijkt te zijn”.[57] De commissie stelt in deze eerste vergadering verder dat het niet doenlijk zal zijn - gezien de pluriformiteit van de in beweging zijnde meningen - algemeen aanvaardbare ethische regels op te stellen. Het opstellen van dergelijke regels acht de commissie bovendien niet juist, omdat de overheid geen zedenmeester dient te zijn en omdat in een rechtstaat de rechten van elk individu zoveel mogelijk gewaarborgd dienen te worden. De commissie besluit daarop tot het uitbrengen van een interim-advies waarin een “aantal concrete, door de commissie onderschreven uitgangspunten ten aanzien van een aantal praktische punten worden gedaan”.[58]

De generale synode van de Nederlands Hervormde Kerk

Nog voor de Commissie De Vreeze tot een advies komt, brengt een maatschappelijke organisatie - de generale synode van de Nederlandse Hervormde Kerk – een standpuntbepaling ten aanzien van ‘euthanasie’ uit. Op 22 februari 1972 bediscussieert de synode een rapport over dat onderwerp.[59] In de optiek van de samenstellers dringt het vraagstuk van de ‘euthanasie’ zich in toenemende mate op aan de mensheid en het komt de auteurs voor “dat de kerk niet voorbij mag gaan aan de gecompliceerde problematiek die voortvloeit uit de gewijzigde situatie die een gevolg is van nieuwe medische middelen en technieken”. De auteurs zijn van mening dat de handelwijze van artsen in de praktijk nog steeds berust op de veronderstelling dat leven een duidelijk begrip en een onaantastbare grootheid is. Zij krijgen echter wel de indruk dat deze handelwijze snel aan het veranderen is. De samenstellers van het rapport beschouwen de groep langdurig zieken met een slechte

---

54 *Handelingen Tweede Kamer 1969-1970*: 1954.

55 *Handelingen Tweede Kamer 1969-1970*: 1983.

56 De commissie bestaat naast J.Th.M. de Vreeze (jurist, hoogleraar aan de medisch faculteit in Nijmegen) uit A.P. van Beeck Vollenhoven (beroep onbekend), Th.C.J. Beemer (moraal-theoloog), J. Crul (anesthesioloog), J.A. Dallmeijer (huisarts), E. Dekker (inspectie volksgezondheid), R. Drion (geneeskundig hoofdinspecteur van de volksgezondheid), C.J. Goudsmit (jurist), M. Knap (rechter), S.A. de Lange (neurochirurg), H.J.J. Leenen (jurist), J.H. van Meurs (zenuwarts), J.J.M. Michels (arts), J.F. Rang (jurist), H. Roelink (secretaris-arts KNMG), H.A.H. van Till- d’Aulnis de Bourouill (jurist), G. Dekker (arts, secretaris-rapporteur) en J.F. Beernink (secretaris).

57 Gezondheidsraad 1972: 6.

58 Gezondheidsraad 1972: 5-7.

59 Later gepubliceerd als *Euthanasie. Zin en begrenzing van het medisch handelen*. Volgens de verslaggevers heeft de synode weinig bedenkingen ingebracht tegen het rapport en is het met algemene stemmen en applaus aanvaard (*Woord en Dienst. Veertiendaagsorgaan voor het Hervormde Kerkewerk* 1972: 85). Krop bespreekt dit standpunt in *Medisch Contact*. Hij is verrast door de eenstemmige uitspraak, gezien het feit dat de synode een jaar eerder een rapport over abortus heeft afgewezen (Krop 1972: 520).

prognose als het meest problematisch, met het oog op de vraag of 'passieve', 'indirecte' of 'actieve euthanasie' geoorloofd is.[60]

'Indirecte' en 'passieve euthanasie' achten de samenstellers van het rapport toelaatbaar. Wat betreft de eerste vorm stellen zij, dat het dubieus is of het gebruik van pijnstillende middelen het leven bekort en dat het bovendien van weinig betekenis is of het al dan niet zo is. Het vrij zijn van pijn is een voorwaarde voor het beleven van het levenseinde als een zinvol stadium van het leven. Wat betreft de 'passieve euthanasie' zijn zij van mening dat de wens van een toerekeningsvatbare patiënt, om bij het begin van het stervensproces de medische behandeling die gericht is op het rekken van het leven te laten staken, uiterst zwaar moet wegen en in de regel zelfs zonder meer geëerbiedigd moeten worden. Ze achten het ook niet verantwoord het leven zo lang mogelijk te rekken van "kinderen die zeer mismaakt zijn", en van "zeer bejaarden die verzadigd zijn van het leven" die te kennen hebben gegeven te willen sterven.

Een probleem dat volgens de auteurs in toenemende mate de aandacht vraagt, is of men zelfmoord altijd moet trachten te beletten. Dit probleem ligt, in de optiek van de auteurs, in het verlengde van de vraag naar de toelaatbaarheid van 'passieve euthanasie', maar zij achten het onjuist het antwoord hierop in het zelfde vlak te zoeken. Bij 'passieve euthanasie' heeft men immers te maken met omstandigheden waar noch de patiënt, noch de arts invloed op kan uitoefenen.

De auteurs zien uiterst vloeiende overgangen tussen 'actieve' en 'passieve euthanasie'. De samenstellers beperken zich verder echter tot de opmerking dat er verschil van opvatting is omtrent de toelaatbaarheid van 'actieve euthanasie' en dat in de praktijk ruimte moet zijn voor deze verschillende opvattingen en wellicht ook voor verschillende praktijken.[61]

De Gezondheidsraad

In het najaar van 1972 is de Commissie De Vreeze klaar met haar werk.[62] Als definitie van 'euthanasie' geeft ze: "een opzettelijk levensverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen bij een ongeneeslijke patiënt in diens belang".[63] Zij merkt daarbij op dat handelen in dit verband uitsluitend betrekking heeft op het handelen door een medicus of onder diens verantwoordelijkheid. De commissie onderscheidt 'vrijwillige euthanasie' en 'onvrijwillige euthanasie' (respectievelijk met en zonder uitdrukkelijke en geldige instemming van de betrokkenen); 'passieve euthanasie' en 'actieve euthanasie' (respectievelijk: het niet meer toepassen van levensverlengende middelen of handelingen, "de patiënt sterft dan aan zijn eigen, in hem reeds aanwezige doodsoorzaak" en het toepassen van levensbekortende middelen of handelingen).[64]

---

[60] Generale synode 1972: 16-17.

[61] Generale synode 1972: 43-39. In nr. 22 van *Woord en Dienst* van 1972 verschijnen brieven van mensen die het niet eens zijn met het rapport. De chirurg Plomp-van Harmelen heeft er onder andere bezwaar tegen dat 'actieve euthanasie' niet eenstemmig en stellig is veroordeeld. De auteur vindt dat er een principieel verschil is tussen het capituleren voor de naderende dood - en betreurt dat men daarvoor de term 'passieve euthanasie' gebruikt - en het heft in eigen hand nemen ('actieve euthanasie'). Een andere opmerking van Plomp-van Harmelen is dat niet onderkend wordt dat het veranderde denken over 'euthanasie' niet zozeer veroorzaakt wordt door toegenomen medische macht, maar eerder door een verandering in het denken over en de waardering van de dood (Plomp-van Harmelen 1972: 353-354).

[62] De publicatie van het rapport wordt door minister Stuyt van Volksgezondheid echter nog even uitgesteld omdat bekend is geworden dat er een geval van euthanasie berecht gaat worden.

[63] Gezondheidsraad 1972: 12.

[64] Gezondheidsraad 1972: 12-13.

De commissie beantwoordt op verzoek van de staatssecretaris vier vragen. De eerste vraag handelt over actieve levensbeëindiging: Is het een arts in medisch-ethisch opzicht geoorloofd de ter beschikking staande medische mogelijkheden aan te wenden met de bedoeling menselijk leven na de geboorte te beëindigen? Het antwoord van de commissie luidt dat voor iedereen en ook voor de arts de regel geldt dat het ethisch - en wettelijk - niet geoorloofd is menselijk leven na de geboorte opzettelijk te beëindigen. Desalniettemin, zo meent de commissie, kan zich de situatie voordoen dat een arts zich gesteld ziet voor een conflict van plichten, waarin hij het niet alleen verantwoord acht, maar zelfs zich moreel verplicht acht, vanwege het uitdrukkelijk verzoek van de patiënt en diens belang, in strijd met deze regel te handelen. In een dergelijk geval zal de arts, zo meent de commissie, te allen tijde bereid en in staat moeten zijn zich te verantwoorden tegenover de nabestaanden en justitie. Dit laatste gezien de strafbaarstelling van levensberoving op verzoek en dus ook 'actieve euthanasie' in de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht. De commissie, die van mening is dat deze artikelen gehandhaafd moeten blijven, stelt dat de arts die actieve levensbeëindiging heeft toegepast en meent aanspraak te kunnen maken op een rechtvaardigings- of een strafuitsluitingsgrond, de rechter zal moeten laten zien dat hij voldaan heeft aan een aantal vereisten.

De tweede vraag die de commissie beantwoordt, luidt: Is het een arts in medisch-ethisch opzicht geoorloofd de ter beschikking staande medische mogelijkheden niet of niet meer aan te wenden met de bedoeling menselijk leven na de geboorte te beëindigen? De commissie stelt dat dit alleen in bepaalde omstandigheden geoorloofd is. Indien de patiënt uitdrukkelijk en op rechtsgeldige wijze de behandeling weigert of dit gedaan heeft via een rechtsgeldige wilsbeschikking, zal de arts dit hebben te aanvaarden en de behandeling moeten staken. Het niet aanwenden van medische mogelijkheden is de arts, volgens de commissie, medisch-ethisch toegestaan indien de patiënt dit vrijwillig en weloverwogen verzoekt en de arts bovendien hiervoor een duidelijke medische indicatie aanwezig acht.

Indien aan bovenstaande voorwaarden niet is voldaan en de arts uitsluitend op eigen initiatief elke behandeling bedoeld om het leven te verlengen nalaat of staakt, zal hij dit eventueel moeten verantwoorden. De commissie meent dat het de arts niet is toegestaan en dat het hem verwijtbaar is om de behandeling te staken, indien de patiënt bezwaar heeft tegen dit beëindigen van de behandeling. De commissie acht het wettelijk vastleggen hiervan vrijwel onmogelijk.[65]

Als algemene eis stelt de commissie zowel bij levensbekorting door handelen als door nalaten:

> De arts zal steeds verplicht zijn naar 'beste weten en vermogen' volgens zijn 'kennen en kunnen', altijd primair in het belang van zijn patiënt en met inachtneming van diens geldige wil en rechten te besluiten tot handelen of niet handelen. Handelen of nalaten van handelen zal de arts niet zijn toegestaan en men zal hem dit kunnen verwijten indien hij zonder overtuigende en doorslaggevende argumenten handelt of nalaat te handelen, in afwijking van hetgeen wettelijk is voorgeschreven, of ook van hetgeen in die omstandigheden gebruikelijk is onder artsen, of van vastgestelde nationale of internationale regels of richtlijnen voor artsen.[66]

[65] Gezondheidsraad 1972: 30-31.
[66] Gezondheidsraad 1972: 27-29.

De derde vraag handelt over de toelaatbaarheid van verlenging van de stervensfase, het verhinderen dat de dood intreedt door de arts. De commissie is van mening dat het onder bepaalde omstandigheden geoorloofd is dat de arts de stervensfase verlengt. Als de patiënt de arts daarom vraagt en er geen contra-indicatie is, is hij het, in de optiek van de commissie, zelfs verplicht. Bij een eventuele verlenging van de stervensfase is het een vereiste dat de arts handelt volgens de eisen van de wet en van zijn beroep.[67]

Ten slotte beantwoordt de commissie de vraag of het de arts in medisch-ethisch opzicht geoorloofd is de ter beschikking staande medische mogelijkheden, welke ten doel hebben de stervensfase te verlengen, niet of niet meer aan te wenden. In de optiek van de commissie is de arts hiertoe verplicht, indien de patiënt dit uitdrukkelijk en rechtsgeldig van hem verlangt. Het is de arts toegestaan, indien hij met de patiënt zelf geen contact meer kan, of ooit zal kunnen opnemen en hij het, alle factoren in acht nemend, zijn onmiskenbare medisch-ethische plicht acht verdere behandeling na te laten of te staken. Dit kan volgens de commissie voorkomen bij permanent bewusteloze patiënten. Het niet aanwenden van de ter beschikking staande middelen zou de arts echter te verwijten zijn indien hij dit zou doen tegen de wens van de patiënt. De commissie tekent hierbij aan dat er geen sprake is van 'euthanasie', indien verdere behandeling wordt nagelaten of gestaakt omdat adequate middelen daartoe ontbreken. Ook bij deze vraag stelt de commissie dat de arts moet handelen naar de eisen van wet en beroep.[68]

De commissie meent dus dat 'actieve onvrijwillige' en 'actieve vrijwillige euthanasie' als strafbaar feit aangemerkt moeten blijven en dat de sancties op niet-naleving van dit verbod nodig zijn. Verder meent de commissie dat 'passieve onvrijwillige' en 'passieve vrijwillige euthanasie' niet door nieuwe wetten behoeven te worden geregeld. Enerzijds heeft een arts altijd het recht een gevraagde behandeling die hij onjuist acht, te weigeren en is hij daartoe zelfs dikwijls verplicht. Anderzijds heeft een patiënt het recht - door middel van een geldige wilsverklaring - een medische behandeling te weigeren.[69]

De opvatting dat 'passieve euthanasie' aanvaardbaar is, wordt gedeeld door de generale synode en de Commissie De Vreeze. De generale synode ziet ook de 'indirecte euthanasie' als aanvaardbaar. De Commissie Medische Ethiek onderscheidt de 'indirecte euthanasie' niet als een aparte vorm en spreekt zich dus ook niet over de toelaatbaarheid ervan uit. Het niet apart benoemen van deze vorm betekent waarschijnlijk dat de Commissie de Vreeze pijnbestrijding met als risico levenbekorting beschouwt als normaal medisch handelen.

3.3 Een nieuw geval van euthanasie voor de rechter, de zaak Postma

In het najaar van 1972 is het advies van de Commissie De Vreeze klaar, maar omdat op dat moment bekend wordt dat een zaak van euthanasie voor de rechter zal komen, wordt de publicatie uitgesteld.[70] De rechtszaak betreft de huisarts Postma-van Boven die, met

[67] Gezondheidsraad 1972: 31-33. De commissie hanteert hier weer de hiervoor genoemde formulering van verplicht zijn naar "beste weten en vermogen" etc.

[68] Gezondheidsraad 1972: 33-34. Ook hier hanteert de commissie de hiervoor genoemde formulering van verplicht zijn naar "beste weten en vermogen" etc.

[69] Gezondheidsraad 1972: 35-36.

[70] Tot dan toe is er sedert de zaak van de Eindhovense arts in 1952 slechts één andere rechtszaak bekend waarin het begrip 'euthanasie' een rol speelt, zij het dat het woord in het vonnis niet gebezigd wordt. Het gaat hier om een 60-jarige barkeeper uit Amsterdam die zijn ongeneeslijk zieke echtgenote door wurging om het leven brengt. De man komt tot zijn daad nadat zijn vrouw diverse malen te kennen heeft gegeven dat zij wil sterven en de behandelend arts weigert aan dat verzoek tegemoet te

medewerking van haar man, eveneens huisarts, een einde gemaakt heeft aan het leven van haar moeder.[71]

Op 7 februari 1973 vindt het proces in Leeuwarden plaats. Voor de rechtbank wordt mevrouw Postma ten laste gelegd dat zij op 19 oktober 1971 haar moeder op het uitdrukkelijk en ernstig verlangen van deze van het leven heeft beroofd door middel van een injectie van ongeveer 200 mg. morfine. De moeder van mevrouw Postma heeft haar dochter bij herhaling en met aandrang verzocht haar te helpen sterven, aangezien zij niet langer wenste te leven, vanwege haar zeer slechte lichamelijke toestand.[72] De zaak is bij de autoriteiten bekend geworden doordat de directeur van de instelling waar de moeder van mevrouw Postma woont, contact heeft gezocht met de inspecteur van de volksgezondheid, die hem gezegd heeft dat hij contact op moest nemen met de officier van justitie.[73]

Vervolgens zijn politieagenten naar het tehuis gegaan en zij hebben het stoffelijk overschot van de moeder in beslag genomen en overgegeven aan de gerechtelijk geneeskundige patholoog-anatoom die sectie heeft verricht. Door een apotheker-toxicoloog is een aanvullend onderzoek gedaan. Bij dit onderzoek wordt de aanwezigheid van een zodanige hoeveelheid morfine aangetoond dat aanwijsbaar is dat een hoge dosis is toegediend. De patholoog-anatoom concludeert op basis van de bevindingen van het toxicologisch onderzoek dat de moeder tengevolge van morfinevergiftiging is overleden.[74]

Mevrouw Postma verklaart voor de rechtbank dat zij haar moeder de injectie heeft toegediend met de bedoeling het leven van haar moeder te beëindigen. Zij verklaart verder dat zij, arts van beroep, enige minuten later heeft geconstateerd dat haar moeder is overleden. Zij motiveert haar daad door te zeggen dat haar moeder haar herhaaldelijk en met aandrang heeft verzocht haar te doden. En zij zegt dat zij heeft geweten dat de gemelde dosis dodelijk is voor haar toen 78-jarige moeder.

Als getuige-deskundige treedt onder andere Kijlstra, geneeskundig-inspecteur van de volksgezondheid in Friesland, op. Deze verklaart – op basis van gesprekken met artsen - dat de gemiddelde medicus in Nederland het niet meer als juist aanvaardt om het leven van een patiënt te rekken tot het bittere einde en dat, indien:

> A. het gaat om een patiënt, die door ziekte of ongeval ongeneeslijk is - al dan niet gepaard aan korte of lange periode(n) van op- of neergang - of die medisch als ongeneeslijk ziek valt aan te merken.

---

komen (Herbergs 1984: 152). De verdediger van de man merkt de daad aan als ‘euthanasie’ maar van de zijde van het Openbaar Ministerie wordt opgemerkt dat bij ‘euthanasie’ toch eerder aan een handeling van een medicus gedacht zou moeten worden. De man wordt veroordeeld wegens doodslag. Uit het vonnis - 7 maanden gevangenisstraf met aftrek van 6 maanden voorarrest en een maand voorwaardelijk met een proeftijd van drie jaar - valt volgens Van Till af te leiden dat de rechtbank de gedraging wel als ‘euthanasie’ beschouwt (Van Till 1970: 106-107).

[71] In november 1972 is duidelijk dat vervolgd wordt. Onduidelijk is dan nog of alleen mevrouw Postma of ook haar man zich voor de rechter moet verantwoorden. Een gedetailleerd verslag van de situatie van moeder van mevrouw Postma, de rechtzaak en alles wat daarop volgt is te vinden in het boek van Looijenga (Looijenga 2001).

[72] *Nederlandse Jurisprudentie* 1973, nr. 183: 557.

[73] Indewey Gerlings-Huurman 1977: 21. De *Leeuwarder Courant* denkt dat alleen vervolgd wordt omdat er aangifte gedaan is door “iemand die de justitie ernstig moet nemen” (*Leeuwarder Courant* 15 januari 1973).

[74] *Nederlandse Jurisprudentie* 1973, nr. 183: 557-558.

B. zijn lichamelijk of geestelijk lijden subjectief voor de patiënt ondraaglijk of ernstig is.
C. de patiënt eventueel voorafgaand schriftelijk, te kennen heeft gegeven het leven te willen beëindigen, in elk geval uit zijn lijden verlost te willen worden.
D. de stervensperiode van de patiënt naar medisch oordeel is ingegaan of zich heeft aangekondigd.
E. door een arts, t. w. de behandelende arts of medisch specialist, dan wel in overleg met die geneesheer, wordt ingegrepen,
dan in brede medische kring in ons land en ook door hemzelf wordt aanvaard, dat aan de patiënt teneinde zijn lijden geheel of zoveel mogelijk te verzachten opklimmende doses worden toegediend, bij lichamelijk lijden veelal van morphine, bij geestelijk lijden van psychofarmaka en dat dan de toedienende medicus welbewust op de koop toeneemt dat het beoogde doel nl. die verzachting levensverkorting voor de patiënt meebrengt en dat dan behalve dat toedienen overigens in elk geval ook als middel wordt aanvaard het (verder) nalaten van behandeling van zich eventueel voordoende gevallen als o.a. infecties.[75]

De raadsman vraagt zich in zijn pleidooi af of artikel 293 ook het totaal zinloze leven moet beschermen en hij bepleit ontslag van rechtsvervolging op grond van het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid en op grond van overmacht in de zin van (psychische) noodtoestand. Wat betreft dat laatste merkt de advocaat op: “Mevrouw Postma stond met de rug tegen de muur; ze kon niet anders dan haar moeder de dodelijke injectie toedienen”. Wat betreft het eerste stelt de raadsman dat de daad van mevrouw Postma strafbaar is volgens de letter van de wet maar dat het niet tot strafbaarheid kan leiden omdat het een redelijk middel betreft tot een redelijk doel. Hij verwijst daarbij naar het veearts-arrest van de Hoge Raad van 1933.

De raadsman stelt met nadruk dat het hier gaat om ‘vrijwillige euthanasie’. Revalidatie was in zijn optiek geen optie: Daarbij is de wil van de patiënt bepalend en in dit geval was de wil op. Hij beroept zich daarbij op het zelfbeschikkingsrecht en het feit dat er in dit geval sprake is van ondraaglijk psychisch lijden.[76]

De officier van justitie bestrijdt het beroep op het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid met twee argumenten: erkenning van de buitenwettelijke rechtvaardigingsgrond zou voortaan voor iedereen gelden; in het betreffende arrest van de Hoge Raad gaat het om een zaak, waar de letter van de wet heeft moeten wijken voor een algemeen erkend wetenschappelijk inzicht, maar van een dergelijke wetenschappelijke consensus is bij het vraagstuk van de ‘euthanasie’ absoluut geen sprake, in zijn optiek.[77]

De officier spreekt in zijn requisitoir de vrees uit dat, wanneer de rechtbank de “slagboom van artikel 293” ophaalt, het einde zoek is. Hij omschrijft de situatie van de moeder als zeer verdrietig maar niet uitzichtloos en stelt dat haar leed met behulp van geneesmiddelen verzacht had moeten worden en dat haar omgeving in een goede stervensbegeleiding de oplossing had moeten zoeken. Naar zijn mening kan het uitvoeren van ‘euthanasie’ nooit worden toevertrouwd aan iemand die emotionele banden heeft met de betrokkene. Hij verwijt mevrouw Postma dat ze de behandelend arts niet geraadpleegd heeft, noch er een specialist bijgehaald heeft. Hij erkent met nadruk de integriteit van mevrouw Postma en

[75] *Nederlandse Jurisprudentie* 1973, nr. 183: 558.
[76] Enthoven 1988: 70. Uit de berichtgeving wordt duidelijk dat de advocaat naar voren brengt dat mevrouw Postma gehandeld heeft uit barmhartigheid en medemenselijkheid (Looijenga 2001: 59)
[77] Enthoven 1988: 70.

haar diepe bewogenheid. Hij eist dan ook slechts 1 maand voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar.[78]

Op 21 februari 1973 doet de rechtbank uitspraak. De rechtbank acht bewezen dat mevrouw Postma haar moeder van het leven beroofd heeft op haar uitdrukkelijk en ernstige verlangen, strafbaar gesteld in artikel 293.[79] Ten aanzien van de verklaring van de getuige-deskundige Kijlstra verenigt de rechtbank zich met de voorwaarden A, B, C en E. Wat betreft het ingetreden zijn van de stervensfase, voorwaarde D, merkt de rechtbank op:

> dat het de Rb. uit algemene wetenschappelijke ervaring bekend is, dat zich in vele gevallen ongeneeslijk ziekte of laesies door ongeval, gepaard aan een zeer ernstig lichamelijk en of geestelijk lijden, voordoen bij overigens vitale mensen, die in die toestand lange jaren in leven blijven en dat de Rb. niet van oordeel is, dat aan zodanige lijders de door de getuige-deskundige bovenomschreven verzachting zou moeten worden onthouden, vaak langdurig onthouden nog wel.

De rechtbank verwerpt het beroep op overmacht daar:

> verdachte naar eigen woorden van haar en haar raadsman geen hierboven aangegeven weg van verzachting met het bewuste levensverkorting op de koop toenemen, ten aanzien van haar moeder heeft ingeslagen noch zelfs heeft geprobeerd in te slaan, in plaats van het bewezenverklaarde ineens toedienen van de letale dosis, hoewel objectief genomen een zodanige weg …. openstaat en subjectief openstond voor verdachte… dat volgens de geneeskundig inspecteur… die weg door haar geprobeerd had moeten worden… het door haar in plaats daarvan ineens toedienen van de letale dosis in elk geval geen redelijk middel was voor het door haar beoogde doel namelijk het haar moeder van dier lijden bevrijden.[80]

Mevrouw Postma wordt veroordeeld tot gevangenisstraf van een week voorwaardelijk met een proeftijd van één jaar.[81]

In het vonnis in de zaak Postma heeft voor het eerst een rechtbank zich ingelaten met het benoemen van eisen waaraan een eventueel te rechtvaardigen levensbekorting moet voldoen. Opvallend is de prominente rol die de medische deskundige, de inspecteur Kijlstra, krijgt. De rechtbank volgt zijn opvatting in grote mate. Even opvallend is de positie die Kijlstra betrekt. Zijn betoog handelt in feite helemaal niet over wat mevrouw Postma gedaan heeft maar over pijnbestrijding met een dodelijk neveneffect. Een verwarring waarin de rechtbank hem volgt.

---

78 Enthoven 1988: 69-70.

79 *Nederlandse Jurisprudentie* 1973, nr. 183: 558.

80 *Nederlandse Jurisprudentie* 1973, nr. 183: 560.

81 *Nederlandse Jurisprudentie* 1973, nr. 183: 561. Noch mevrouw Postma, noch het Openbaar Ministerie gaat in beroep tegen het vonnis. Vier dagen later wordt een hoorspel getiteld 'Het euthanasieproces' door de NCRV-radio uitgezonden. Dit hoorspel is geschreven naar aanleiding van en gebaseerd op feiten en gebeurtenissen uit het proces Postma. Het hoorspel wordt samen met een interview met de Postma's in hetzelfde jaar als boek uitgegeven (Ramaker 1973).

3.4 Maatschappelijke acties en reacties

De zaak Postma veroorzaakt grote beroering. Het vraagstuk van 'euthanasie' wordt alom besproken in kranten en tijdschriften en voor- en tegenstanders beginnen zich te organiseren.

Reacties van artsen

Nog voor het vonnis in de zaak Postma gewezen wordt, verschijnt in *Medisch Contact* een redactioneel over 'euthanasie'. De hoofdredacteur spreekt de vrees uit dat het vonnis in de zaak Postma niet als een principiële jurisprudentie ten aanzien van 'euthanasie' kan worden aangemerkt. Als reden hiervoor voert hij aan dat het in deze casus niet om een behandelend arts gaat maar om een dochter.[82] Nadat de uitspraak bekend is, spreekt de redactie uit dat ze niet gelukkig is met de afwijzing door de rechtbank van de voorwaarde dat de stervensfase moet zijn ingetreden. De redactie meent dat de rechtbank daarmee meer doet dan de inzichten van de getuige-deskundige onderschrijven.

> De formulering tendeert enerzijds naar het geven van een zelfstandige mening harerzijds, hoewel de rechtbank anderzijds door toepassing van de dubbele negatie kennelijk afstand heeft willen houden van het innemen van een positieve stelling terzake van euthanasie in de gevallen van de patiënten die zij in deze zinsnede omschrijft.[83]

Eveneens vóór het plaatsvinden van de rechtszaak brengen Friese artsen in de jaarvergadering van de afdeling Heerenveen van de KNMG twee verklaringen in stemming. Zevenentwintig artsen ondertekenen de verklaring dat 'euthanasie' in bepaalde gevallen een daad van barmhartigheid is en dat zij derhalve hier niet negatief tegenover staan.[84] Naar de mening van deze artsen moet artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht herzien worden. In de tweede verklaring stellen achttien artsen dat zij 'euthanasie' gerechtvaardigd vinden: "Wanneer het ontluisterd karakter van een lijden een zinvol sterven onmogelijk maakt, waar alreeds een stervensproces is en de verhouding tot de patiënt een strikt individuele en persoonlijke is". Zij verklaren dat ook zij eenmaal volgens deze formulering 'euthanasie' hebben toegepast. De KNMG als landelijke organisatie distantieert zich vooralsnog van beide verklaringen.[85]

De verklaring van de artsen leidt ertoe dat de parlementariër Beuker (RKPN) aan de minister van Justitie vraagt of deze voornemens is vervolging te laten instellen tegen die achttien artsen. De minister antwoordt:

> de enkele verklaring van een aantal artsen 'dat ook zij eenmaal volgens deze formulering euthanasie' hebben toegepast maakt deze artsen niet tot verdachten.... De term 'euthanasie' wordt in velerlei zin gebruikt. Zij heeft mede betrekking op andere gedragingen dan die welke volgens de jurisprudentie in het Wetboek van Strafrecht (artikel 293) als 'een ander van het leven beroven' worden aangemerkt.[86]

---

82 *Medisch Contact* 1973: 183. Ook de officier van justitie heeft zich voor het proces in deze termen uitgelaten (*Het Vrije Volk* 16 januari 1973).

83 'De rechter en euthanasie', *Medisch Contact* 1973: 373.

84 Vier artsen van hen hebben voor de televisie verklaard dat zij in hun praktijk wel eens tot 'euthanasie' hadden besloten (*Leeuwarder Courant* 15 januari 1973).

85 Indewey Gerlings-Huurman 1977: 42

86 *Handelingen Tweede Kamer 1972-1973, Aanhangsel*, nr. 706.

Het hoofdbestuur van de KNMG komt in datzelfde jaar met een voorlopige stellingname inzake ‘euthanasie’.[87] Deze bestaat uit een reactie op het rapport van de Commissie De Vreeze en een indirecte reactie op de zaak Postma. Het hoofdbestuur is – evenals de Commissie De Vreeze - van mening dat een patiënt een behandeling mag weigeren en dat de arts in zo’n geval de behandeling moet staken. In een dergelijke situatie kan de arts niet beschuldigd worden van ‘euthanasie’. ‘Passieve euthanasie’ tegen de uitdrukkelijke wil van de patiënt is de arts niet toegestaan. Het hoofdbestuur is ook van mening dat de dood ten gevolge van pijnbestrijding niet onder het begrip ‘euthanasie’ valt. Tevens vindt het hoofdbestuur - net zo als de commissie - dat ‘actieve onvrijwillige euthanasie’ aan de arts niet is toegestaan. Ze dient onverkort een strafbaar feit te zijn, evenals ‘actieve vrijwillige euthanasie’. Mocht een arts toch naar eer en geweten zich gehouden achten, middelen aan te wenden tot beëindiging van het leven bij een ongeneeslijke patiënt in de stervensfase, die hierom uitdrukkelijk verzoekt, dan zal hij zich moeten verantwoorden. Ten slotte onderschrijft het hoofdbestuur de opvatting van de Commissie De Vreeze dat bestaande wetgeving onverkort dient te worden gehandhaafd. Aan artsen die menen tot ‘actieve euthanasie’ over te moeten gaan, adviseren zij overleg met collegae en met de officier van justitie.[88]

Op een paar kleinere punten is het hoofbestuur een andere mening toegedaan dan de Commissie De Vreeze. Zo vindt het hoofdbestuur dat het ingetreden zijn van de stervensfase een belangrijke eis is. En waar de Commissie De Vreeze slechts spreekt over medicus, wil het hoofdbestuur liever spreken van de ‘behandelend’ arts.

In de reactie van het hoofdbestuur van de KNMG wordt niet expliciet ingegaan op het vonnis in de zaak Postma. Dit ondanks haar stelling in de aanhef dat het beraad over het ‘euthanasievraagstuk’ een nieuwe fase bereikt heeft, zowel door het verschijnen van het rapport van de Gezondheidsraad als door het vonnis. Gezien de nadruk die het hoofdbestuur legt op de voorwaarde van het ingetreden zijn van de stervensfase, ligt het voor de hand te veronderstellen dat het hoofdbestuur kritiek op het vonnis heeft. Anderzijds is duidelijk dat het hoofdbestuur instemt met de opvatting van de getuige-deskundige - overgenomen door de rechtbank - dat de dood door pijnbestrijding niet onder de – ontoelaatbare - levensbekorting valt.

De internist Rasker reageert in het *Nederlands Juristenblad* kritisch op het vonnis in de zaak Postma. Hij vindt de stervensfase een goed bruikbaar begrip en hij is van mening dat de regels die de getuige-deskundige genoemd heeft, niet zo maar toe te passen zijn indien een patiënt niet in de stervensfase verkeert. Rasker denkt dat de rechtbank zinspeelt op ‘indirecte euthanasie’, waarvan men volgens hem vaak spreekt, “wanneer euthanasie als een onvrijwillig, onbedoeld, ofschoon ook mogelijk te verwachten neveneffect van een op andere doeleinden gerichte behandeling werkzaam wordt”. Rasker wijst een dergelijke omschrijving van de hand als hypocriet en zijn stelling is dat ‘indirecte euthanasie’ een vorm is van ‘actieve euthanasie’. Rasker is van mening dat duidelijk gesteld had moeten worden, dat een arts de enige is die ‘euthanasie’ mag toepassen en dan nog alleen met

---

[87] Het hoofdbestuur meldt sterk te aarzelen om zich reeds in dit stadium uit te spreken, zoals het indertijd over het abortusvraagstuk in de vorm van richtlijnen heeft gedaan (KNMG 1973: 587-589).

[88] Overigens is het hoofdbestuur van mening dat bij een juiste opvatting omtrent de rechten van de patiënt en bij een juist inzicht in de mogelijkheden van ‘passieve vrijwillige euthanasie’, slechts zelden ‘actieve vrijwillige euthanasie’ zal behoeven te worden overwogen (KNMG 1973: 588).

uitdrukkelijke toestemming van een of meer collegae. Familieleden mogen de injectie zeer zeker niet geven, aldus Rasker.[89]

Reacties van juristen

Drie juristen, Kuitenbrouwer, Van Binsbergen en Rood, reageren op het vonnis. De eerste gaat met name in op wat meer juridische aspecten zoals de rol van het zelfbeschikkingsrecht in de discussie over 'euthanasie'. Kuitenbrouwer stelt dat daar artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht een schoolvoorbeeld is van de afwezigheid van het beginsel '*volenti non fit iniuria*' de erkenning van het zelfbeschikkingsrecht alléén nooit de strafrechtelijke oplossing van euthanasie als probleem kan brengen. Er moet - naast de vrije wil - nog iets bijkomen, te meer daar zelfbeschikking op zichzelf in dit soort situaties problematische kanten heeft. Dat meer wordt gevonden in het ondraaglijk lijden van de patiënt. Het lijkt hem daarbij evident dat degene die de hulp zal bieden, overtuigd moet zijn dat het lijden van de betrokkene - hoe subjectief ondragelijk ook - uitzichtloos is. De eis van de ongeneeslijkheid vindt hij minder duidelijk en het afwijzen van de stervensfase acht hij terecht.[90] Een van de andere juristen - Van Binsbergen - meent dat de subjectieve beleving van de patiënt niet als maatstaf van ondraaglijkheid mag gelden.[91]

Rood is niet erg tevreden met het vonnis. Hij meent dat het rechtsoordeel erop neerkomt dat 'actieve vrijwillige euthanasie' is toegestaan mits het langzaam en niet ineens gebeurt.[92] Kuitenbrouwer daarentegen onderschrijft de eis van de rechtbank dat gekozen had moeten worden voor het toedienen van opklimmende doses. Hij motiveert dat door erop te wijzen dat zowel bij overmacht in de vorm van noodtoestand als bij het ontbreken van materiële wederrechtelijkheid, een uitweg moet zijn afgesneden; het beoogde te billijken doel moet niet met een minder ingrijpend middel te bereiken zijn.

Kuitenbrouwer merkt verder op dat de rechtbank Leeuwarden uit de keuzemogelijkheden die zij voor handen had - hij noemt strafmaat, overmacht en het ontbreken van materiële wederrechtelijkheid - de voorzichtigste variant gekozen heeft: een symbolische straf. Maar, zegt Kuitenbrouwer "het vonnis bevat tegelijkertijd de erkenning van een scenario voor de ontwikkeling en aanvaarding van bevrijdende maatstaven van overmacht en het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid".[93]

Het ontstaan van nieuwe organisaties

Het bericht dat mevrouw Postma vervolgd zal worden, heeft een aantal patiënten van het echtpaar Postma ertoe bewogen een werkgroep op te richten, met als doel mensen aan te sporen schriftelijk kenbaar te maken dat zij voorstander zijn van 'vrijwillige euthanasie'. In Noordwolde, de woonplaats van de Postma's, reageren ongeveer 1300 mensen positief op deze oproep.[94] Twee dagen nadat de rechtbank het oordeel over mevrouw Postma uitspreekt, besluit de werkgroep door te gaan in de vorm van een vereniging: de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE). Het doel dat de NVVE zich stelt

89 Rasker 1974, 345-353.

90 Kuitenbrouwer 1973: 485. Een paar jaar later schrijft hij in een commentaar in het *N.R.C.-Handelsblad* dat bij de diagnose 'ongeneeslijk' een kwalitatief element meespeelt dat de geneeskunde per definitie te boven gaat: "ongeneeslijk is niet een wetenschappelijk volkomen te fixeren grens maar mede gerelateerd aan bijv. het doel dat de betrokkene aan zijn leven stelt" (F. Kuitenbrouwer, 'Vraag blijft – is euthanasie wel in regels te vangen?', *N.R.C.-Handelsblad* 7 april 1978.

91 Van Binsbergen 1974: 459

92 Rood 1973: 124.

93 Kuitenbrouwer 1973: 482-491.

94 Indewey Gerlings-Huurman 1977: 76.

is “de sociale aanvaarding en de daaruit voortvloeiende legalisatie van vrijwillige euthanasie”. Dit doel tracht zij te bereiken door

> de verbreiding van de vrijwillige euthanasie-gedachte; de formulering van (een) levenstestament(en) ofwel: euthanasie-verklaring(en); het bevorderen van het gebruik van dit document; het geven van voorlichting; het laten uitvoeren van opinie-peilingen; het doen verrichten van wetenschappelijk onderzoek; het onder de aandacht brengen van de volksvertegenwoordiging van problemen, verband houdende met deze materie; het volgen van de ontwikkelingen in het buitenland; het kontakt leggen met organisaties op het betreffende gebied, ook in het buitenland; het uitgeven van studies en publikaties en alle andere middelen.[95]

Eveneens in 1973, maar iets eerder dan de NVVE, wordt een andere organisatie opgericht die ijvert voor de mogelijkheid van ‘vrijwillige euthanasie’, de Stichting voor Vrijwillige Euthanasie (SVE).[96] Deze stichting stelt zich ten doel:

> a. de bewuste meningsvorming betreffende de problematiek van de stervensbegeleiding te bevorderen;
> b. voor de volwassen mens, die bij volle bewustzijn en in vrijheid voor zichzelf heeft beslist dat voor hem het sterven de voorkeur verdient boven een voortgezet geestelijk en/of lichamelijk lijden, de verwerkelijking van deze beslissing mogelijk te maken onder nauwgezet omschreven en ethisch verantwoorde omstandigheden en voorwaarden;
> c. verdere mogelijkheden te scheppen en maatregelen voor te stellen waaraan behoefte blijkt te bestaan en die ethisch verantwoord zijn en nauwkeurig omschreven kunnen worden.

De stichting tracht dit doel te bereiken “met alle wettige middelen, bij voorkeur in overleg met hierbij betrokken organisaties en instanties”.[97]

De NVVE zal vooral als patiëntenbelangenorganisatie gaan optreden met zowel dienstverlenende als politieke activiteiten; de SVE kan gezien worden als een gesprekscentrum. Een ander verschil tussen beide organisaties is dat de een wel streeft naar wetswijziging – op termijn – en de ander wetswijziging geen goede zaak acht. Een overeenkomst tussen de organisaties is dat zij beide in de weer gaan om een standaardversie van een zogenaamd ‘levenstestament’ – een euthanasieverklaring - te ontwerpen. In een dergelijke verklaring geeft iemand aan te wensen dat er, in geval van ernstige ziekte of ongeval, geen levensverlengende technieken toegepast worden en/of dat

---

[95] Statuten NVVE 1977. Pas in 1977 is de NVVE als vereniging opgericht. In 1973 weigert de staatssecretaris van justitie de statuten goed te keuren (een dergelijke goedkeuring is in 1973 noodzakelijk om als vereniging te kunnen bestaan) omdat de vereniging, door middel van de in de statuten genoemde levenstestamenten zich, naar zijn mening, schuldig maakt aan het uitlokken van een strafbaar feit. Ter oplossing stelt de staatssecretaris voor aan de euthanasieverklaring toe te voegen “voor zover de wet het toestaat”. De NVVE besluit de statuten niet aan te passen aan die wens, maar te wachten op de invoering van het Nieuw Burgerlijk Wetboek volgens welk deze goedkeuring niet meer nodig is. Tot dan bestaat de NVVE als een bestuursstichting.

[96] Deze organisatie is gesticht met behulp van het geld van een oude heer, voor wie het in 1971 uitgezonden radio- en televisieprogramma ‘... Tenzij een wonder gebeurt’ de aanleiding heeft gevormd een fonds in het leven te roepen voor een groep mensen “om het euthanasie probleem aan te pakken”. In eerste instantie doet hij een gift van fl 4.000,- en in 1973 schenkt hij, waarschijnlijk naar aanleiding van het proces Postma, nog eens fl 6.000,-.

[97] Statuten Stichting Vrijwillige Euthanasie artikel 2.

er, in geval geen herstel tot aanvaardbare levenstaat te verwachten is, 'euthanasie' toegepast wordt.[98]

Nog iets eerder dan de organisaties die ijveren voor de mogelijkheid tot euthanasie is er, naar aanleiding van het abortusstandpunt van de KNMG, een organisatie van artsen ontstaan, die de overtuiging uitdraagt dat artsen zich bij het verlenen van hun diensten behoren te laten leiden door onvoorwaardelijke eerbied voor het menselijk leven, het Nederlands Artsenverbond (NAV)[99]. De NAV stelt zich ten doel te bevorderen dat artsen in hun praktijk, evenals allen met wie zij daarin samenwerken, onder meer de verpleegkundigen, met volle inzet naar die overtuiging zullen handelen.

De onvoorwaardelijke eerbied voor het leven is het uitgangspunt bij de beoordeling van specifieke vraagstukken, waarbij met name gedacht wordt aan dodend of experimenteel interveniëren in het leven van medemensen, zoals abortus provocatus, 'euthanatische' handelingen en hulp bij zelfmoord. De leden van de vereniging zien dergelijke tegen het leven gerichte handelingen als niet behorend bij hun beroep als medicus.[100]

3.5 Medici, ethici en juristen over 'euthanasie' (1973-1978)

Het jaar 1973 vormt wat betreft publicaties over 'euthanasie' een topjaar in de jaren zeventig. Men kan dan ook stellen dat de zaak Postma een intensivering van de discussie veroorzaakt.[101] Inhoudelijk heeft deze intensivering geen grote gevolgen. Datgene wat

---

[98] Als extra service aan de leden biedt de NVVE de mogelijkheid om een kopie van de verklaring bij de vereniging in bewaring te geven. Omdat het onmogelijk bleek deze databank bij te houden en omdat hij in de praktijk geen functie had, bood de NVVE deze dienst op den duur niet meer aan.

[99] Een eerste uiting van hun bestaan is de "Artsenaktie Eerbiediging Menselijk Leven". Daarin wordt aan artsen gevraagd of zij zich kunnen verenigen met de volgende drie stellingen:

> a. de arts heeft niet het recht menselijk leven te beëindigen…. b. abortus provocatus is een tegen het leven gerichte handeling, welke daarom per definitie buiten het kader valt van de normale uitoefening van de geneeskunde. c. ook de zogeheten 'actieve' euthanasie is een tegen het leven gerichte handeling, welke daarom per definitie buiten het kader van de normale uitoefening van de geneeskunde valt ('Varia. Nederlands Artsenverbond i.o.', *Medisch Contact* 1973: 249).

[100] Statuten van het Nederlands Artsenverbond artikel 2.

[101] Als voorbeeld kan de trefwoordenlijst van *Medisch Contact* dienen. Tot 1971 komt in de registers van *Medisch Contact* onder het trefwoord 'euthanasie' slechts zeer zelden een vermelding: in totaal 6 maal tussen 1946 en 1971. In de periode 1971-1983 blijft het jaarlijkse aantal treffers bijna altijd onder de 10. De uitzondering hierop is het jaar 1973 met 26 treffers.

Voorbeelden van publicaties zijn het verschijnen van een nieuw boek in een bekende reeks van medische boeken M. Plooy e.a., *Op de drempel van de dood*, de publicatie van de lezingen - aangevuld met een aantal artikelen - van een congres onder de titel 'Menswaardig sterven' (G. Beckers e.a., *Menswaardig sterven* (Baarn 1974)), het verslag van een symposion over euthanasie, georganiseerd door de afdeling 's-Gravenhage en Omstreken van de KNMG in *Medisch Contact*, een reeks lezingen van Studium Generale in Groningen over 'suïcide en euthanasie' eveneens gepubliceerd in *Medisch Contact* en een speciaal nummer over euthanasie van *Rekenschap.* Ook meer literaire werken zien in deze periode het daglicht. Een heel bekend voorbeeld is het boekje *Deze aarde verlaten* van Cri Stellweg. Het boek is een verslag van de laatste levensdagen van de broer van de schrijfster. Een ander voorbeeld is de vertaling van een boek van M. Schmidt *Lang zullen ze leven. Euthanasie of noodzaak?* Dit is een geromantiseerde versie van de worsteling van een jonge arts met het rekken van leven en 'euthanasie'. Van de journalist Louis Sinner verschijnt tussen 1974 en 1976 een serie artikelen in het *Algemeen Dagblad* waarin hij verslag doet van zijn gesprekken met een man met een niet behandelbare kanker die binnen afzienbare tijd dood zal gaan. De artikelen worden later gebundeld in *Vijf jaar leven met kanker. Een gesprek op de grens van leven en dood* (Baarn 1976). Incidenteel komt 'euthanasie' in dit

artsen, ethici en juristen naar voren brengen is niet heel veel anders dan in de voorafgaande jaren. Ook de thematiek - definitie, eventuele toelaatbaarheid met de daarbij horende voorwaarden, argumenten voor en tegen en de rol van het strafrecht - is niet veranderd. De publicaties laten vooral zien dat het handelen van artsen rondom het levenseinde onderwerp van publiek debat blijft en dat in een tamelijk rustig klimaat gedelibereerd wordt over het thema.

Definitie van 'euthanasie'

De discussie over de definitie van 'euthanasie' is in deze jaren nog niet uitgewoed.[102] Onder degenen die menen dat het staken van zinloos geworden behandelingen tijdens een fataal verlopend ziekteproces, niet aangeduid moet worden met de term 'euthanasie' bevinden zich onder andere de katholieke geneesheer-directeur van een verpleeghuis Michels en de protestantse theoloog Douma.

De laatste stelt:

> Met Velema zouden we de beëindiging van een medische behandeling liever geen passieve euthanasie willen noemen. Want passief en actief worden op de ene noemer van *euthanasie* geplaatst, waaraan van huis uit de gedachte vastzit van beëindiging van het léven. En heel gemakkelijk wordt vandaar uit iemand die zich vóór passieve euthanasie verklaart voor de wettigheid van de actieve euthanasie gewonnen.[103]

Douma wil ook de bekorting van het leven tengevolge van gerechtvaardigde pijnbestrijding niet aanduiden met de term 'euthanasie': "Euthanasie beoogt… het opzettelijk en bewust beëindigen van iemand leven. En dat zit er bij het bestrijden van de pijn niet vóór. Intentie en gevolg moeten hier worden gescheiden".[104] Michels legt een andere nadruk. Volgens hem past het begrip 'euthanasie' niet bij het actief doden of passief laten sterven van een patiënt, omdat diens leven door de familie en/of gemeenschap niet zinvol meer geacht wordt.[105]

De discussie over de zin van het onderscheid tussen 'actieve' en 'passieve euthanasie' wordt vervolgd door de gebroeders Heering - de een is hoogleraar theologie, de ander arts. In hun optiek wil het bedrijven van 'euthanasie' in de eerste plaats zeggen: het begeleiden van een hopeloos zieke naar een milde dood. Dat in de wijze van begeleiden ook medicamenten een rol spelen, is een vanzelfsprekende zaak. Het is echter niet zinnig, zo stellen zij, dat van het soort of de hoeveelheid medicamenten zou afhangen of van een 'passieve' of van een 'actieve euthanasie' moet worden gesproken.[106] De jurist Rood uit zich soortgelijk waar hij

---

boek aan de orde. Kort daarna krijgt Sinner zelf te horen dat hij een ongeneeslijke vorm van kanker heeft. Hij grijpt dit aan om onder andere voor de televisie een pleidooi te houden voor "een menswaardige dood". In de televisie-uitzending bepleit hij wetswijziging. Later zal hij de suggestie doen voorlopig te pleiten voor een richtlijn waarin officieren van justitie gezegd wordt geen 'euthanasie' te vervolgen in afwachting van nieuwe wetgeving (*Hervormd Nederland* 9 september 1978).

[102] Zo spreekt Michels de vrees uit dat de discussie over 'euthanasie' vertroebeld wordt, doordat het begrip een verzamelterm dreigt te worden voor een aantal duidelijk van elkaar te onderscheiden begrippen (Michels 1974: 217).

[103] Douma 1973: 31.

[104] Douma 1973: 33.

[105] Michels 1974: 217-218.

[106] Heering en Heering 1973: 842.

stelt dat wat betreft de ‘vrijwillige euthanasie’ het onderscheid tussen ‘passieve’ en ‘actieve euthanasie’ niet principieel is maar gradueel.[107]

Schreuder verdedigt deze keer het onderscheid als psychologisch belangrijk.[108] Douma is van mening dat het verschil meer is dan alleen een psychologische aangelegenheid, alhoewel hij toegeeft dat het moeilijk is hiervoor een logisch sluitende redenering te geven.[109] Hij wenst een onderscheid tussen enerzijds beëindigen van het leven en anderzijds beëindigen - of het niet aanvangen - van de behandeling. De eerste mogelijkheid is de patiënt of de arts niet gegeven; de tweede kan geboden zijn voor wie van mening is, dat het medisch ingrijpen “niet tot het bittere, maar tot het verantwoorde eind moet worden voortgezet”.[110]

Toelaatbaarheid

Volgens Douma is het gemakkelijk in te zien dat “geen arts onder de last van de regel absolute eerbied voor het leven gebukt kan gaan zonder te bezwijken”. Absolute eerbied voor het menselijk leven zou immers betekenen dat alle menselijk leven genivelleerd en op één lijn gesteld wordt. Niet alleen de ervaring keert zich tegen die regel maar ook - en dat is voor hem beslissend - de Heilige Schrift. Douma stelt dan ook dat hij voor het leven geen absolute eerbied op kan brengen maar, zo vervolgt hij: “we zullen er wel zeer voorzichtig mee om moeten gaan.[111] Voor hem houdt dat – met een beroep op het zesde gebod - in ieder geval een absoluut verbod op ‘actieve euthanasie’ in. [112]

De hoogleraar huisartsgeneeskunde Van Es merkt op dat, als men de zorg voor de patiënt tot het centrale thema van de behandeling maakt, de ‘passieve euthanasie’ daar als het ware ongedwongen in past. Het ligt voor de hand, namelijk, als het achterwege laten van een behandeling de patiënt voor verder lijden kan behoeden, de handeling daadwerkelijk achterwege te laten.[113] Schreuder deelt deze opvatting, zij het dat hij het expliciet beperkt tot het inzetten van buitengewone middelen.

Ten aanzien van ‘indirecte euthanasie’ merkt Schreuder op dat men de dosering van de pijnstilling zo moet kiezen dat de patiënt er zelden om behoeft te vragen. Hij vindt de opvatting dat het gebruik van pijnstillende middelen het leven bekort zeer dubieus en bovendien van geen betekenis.

In de bundel *Menswaardig sterven* staat een veel geciteerd artikel van Michels. In dat artikel poneert Michels de stelling dat artsen die veel ervaring met stervensbegeleiding hebben, zelden of nooit geconfronteerd worden met de rechtstreekse vraag om ‘euthanasie’ van de patiënt zelf. De vraag bereikt de arts in hoofdzaak via de familie. Om de proef op de som te nemen heeft Michels een gesprek met twintig patiënten over ‘euthanasie’ gevoerd. Hij stelt

---

[107] Rood 1973: 123.

[108] Schreuder schrijft:

> Het onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie moge logisch niet te rechtvaardigen zijn, psychologisch maakt het een groot verschil. Ofschoon ik meen dat actieve euthanasie bij ernstig misvormde pasgeborenen wellicht ethisch gerechtvaardigd is, geloof ik toch dat wij in het algemeen het onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie moeten handhaven en bij de actieve euthanasie uiterst terughoudend behoren te zijn (Schreuder 1974: 235).

[109] Douma is ervan overtuigd dat wie het verschil tussen laten sterven en doden uitwist, zich gemakkelijk vrijheden toe-eigent die rampzalig kunnen worden (Douma 1973: 29-30).

[110] Douma 1973: 28.

[111] Douma 1973: 12.

[112] Douma 1973: 21-26.

[113] Van Es 1974: 68- 69.

daarbij dat de patiënten konden veronderstellen dat de ondervrager ‘euthanasie’ afwijst en dat alleen patiënten van wie de ondervrager veronderstelt dat een dergelijk gesprek geen nadelige gevolgen voor hen zou hebben, in het onderzoek betrokken zijn.

> De gesprekken bevestigen de opvatting dat de betrokkenen euthanasie niet wensen, dat zij euthanasie niet zien als een mogelijkheid om hen te helpen. Integendeel, voor de meesten is de discussie omtrent euthanasie een bedreiging. Zij voelden zich in onze handen niet meer veilig.[114]

Voorwaarden voor toelaatbare levensbeëindiging

De meeste auteurs stellen eisen aan de lichamelijke toestand, waarin de patiënt zich moet bevinden, wil ‘euthanasie’ toelaatbaar zijn. Sommigen echter willen geen principieel onderscheid maken tussen lichamelijk en geestelijk lijden. Zo nemen de Heerings ten opzichte van ‘euthanasie’ bij een geestelijk zieke, die geen enkel levensperspectief meer denkt te hebben, geen andere houding aan dan bij lichamelijk “hopeloos” zieken.[115] De Postma’s denken dat het moet gaan om een *infauste* prognose.[116]

Ook nu worden een aantal procedurele eisen genoemd. Zo raadt de hoogleraar klinische geneesmiddelenleer Meyler de arts die - op verzoek van de patiënt – tot ‘actieve euthanasie’ wil overgaan, niet alleen uitvoerig overleg met de patiënt en familie aan maar ook het geval te bespreken met een ervaren collega. Hij meent dat het te overwegen zou zijn een college van vertrouwensartsen in het leven te roepen dat men over uitvoering van ‘actieve euthanasie’ kan raadplegen.[117]

Rang onderstreept nogmaals de centrale plaats van artsen. Als voorwaarde voor eventueel toelaatbare ‘euthanasie’ ziet hij dat er sprake moet zijn van een medisch handelen of nalaten door artsen. Wat betreft ‘actieve euthanasie’ motiveert hij deze keuze met te wijzen op de noodzaak dat deze handeling *lege artis* wordt verricht. Wat betreft ‘passieve euthanasie’ stelt hij dat daarbij ook een geneeskundige stervensbegeleiding moet plaatsvinden.[118]

De Postma’s stellen als voorwaarden dat er een levenstestament is en dat achteraf gemeld wordt dat levensbeëindiging is toegepast.[119]

‘Euthanasie’ en de wet

Schreuder – die meent dat ‘actieve euthanasie’ alleen in een uitzonderingssituatie plaatsvindt - meent dat deze vorm van levensbeëindiging altijd strafbaar moet blijven.[120]

---

[114] Michels in Beckers e.a. 1974: 260. Later nuanceert Michels dit standpunt in zoverre dat er dan wel patiënten zijn geweest die hem om ‘euthanasie’ hebben gevraagd. Het kenmerkende van die patiënten is, volgens Michels, de acuutheid van het begin van de ziekte, respectievelijk de invaliditeit. Deze vraag om ‘euthanasie’ verdwijnt na verloop van tijd. Michels concludeert dat de voorstanders van ‘vrijwillige euthanasie’ hun gevoelens projecteren op de zieke mens. Zij zijn zich niet bewust van het grote verschil, dat er tussen gezonde en zieke mensen bestaat omtrent de waardering van het leven (Michels 1978: 26-32).

[115] Heering en Heering 1973: 843.

[116] Postma-van Boven en Postma 1973: 1133.

[117] Meyler 1973: 555.

[118] Rang 1974: 266.

[119] Postma-van Boven en Postma 1973: 1133

[120] Schreuder wijst erop dat het voortdurend onderdrukken van gevoelens van afkeer van ernstig zieke patiënten agressiviteit tegen deze patiënt opwekt.

Ook de Heerings willen niet dat de wet veranderd wordt.[121] Zij achten het denkbaar dat er een bijzondere rechtsinstantie wordt gevormd, bestaande uit medici, pastores en juristen, voor welke de betrokken arts moet verschijnen. Als de patiënt zelf zijn besliste verlangen tot suïcide enige malen, over minstens een half jaar verdeeld, schriftelijk en controleerbaar heeft kenbaar gemaakt, zou dat moeten gelden als strafverminderende omstandigheid.[122] Ook Van Binsbergen meent dat 'actieve vrijwillige euthanasie' strafbaar dient te blijven op grond van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht, waarbij hij aantekent dat hij voorstander is van het gelijkstellen van de strafmaat met die van artikel 294.[123]

Rood is van mening dat de wet veranderd moet worden. Hij denkt dat gezien het graduele karakter van het onderscheid tussen 'actieve' en 'passieve euthanasie', dit onderscheid onvoldoende basis vormt voor rechtsnormering.[124] Hij bepleit wetswijziging in die zin

> dat vrijwillige euthanasie, dat wil zeggen - net als de wet nu omschrijft - op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van de patiënt (actief of passief) niet langer strafbaar mag zijn. In die gedachtengang dient artikel 293 Sr. geschrapt te worden.[125]

In Roods optiek is de handhaving van het artikel strijdig met zowel het recht van een individu om zelf te bepalen hoe en hoelang hij wenst te leven, alsook met de eerlijkheid, waardoor artsen nu niet mogen erkennen wat ze gedaan hebben in een geval van levensbeëindiging.[126]

Samenvattend kan gesteld worden dat er een consensus lijkt te ontstaan over de status van de dood als neveneffect van pijnbestrijding en de dood ten gevolge van het stoppen van dan wel niet beginnen met een behandeling. Beide vormen van levensbekorting worden door nagenoeg iedereen als niet problematisch gezien of in ieder geval als minder problematisch dan actieve levensbeëindiging. Er is maar een enkeling die pleit voor wetswijziging met betrekking tot actieve levensbeëindiging. In de volgende paragraaf wordt duidelijk dat organisaties als de SVE, de NVVE en de KNMG er ongeveer net zo over denken.

> Het zal duidelijk zijn, dat ieder besluit over euthanasie gevaarlijk kan beïnvloed worden, doordat dergelijke onderdrukte gevoelens van agressie mede een rol spelen… Het is … een bedenkelijk verschijnsel, dat blijkbaar een derde van de Nederlandse bevolking actieve euthanasie geoorloofd vindt, en ik vraag mij af of deze houding niet mede bepaald wordt door de golf van agressiviteit die ons overspoelt . Bij passieve euthanasie is dat anders omdat daar de gelegenheid is tot nadenken en tot analysering van eigen motieven (Schreuder 1974: 234-235).

[121] "Valt de strafbaarheid weg, dan is iedere zwaarmoedige… aan zijn buien prijsgegeven" is hun overtuiging (Heering en Heering 1973: 843).

[122] Heering en Heering 1973: 842-843.

[123] Van Binsbergen 1974: 469. In de optiek van Van Binsbergen liggen euthanasie en hulp bij zelfmoord dicht bij elkaar.

[124] Rood 1973: 123.

[125] Rood 1973: 125. Dit idee wordt bekritiseerd in *Rekenschap* door Spigt en Knap. De eerste schrijft dat men dan terug moet vallen op de strafbaarheid van moord en doodslag en dus nog verder van huis is. De tweede ziet er de noodzaak niet toe wanneer men euthanasie beperkt tot een handelen van artsen.

[126] Rood 1973: 125. Ook de Postma's zijn van mening dat de wet gewijzigd moet worden (Postma-van Boven en Postma 1973: 1133). Zij stellen, reagerend op Meylers idee van de vertrouwensarts, dat als er geen wetswijziging komt, niet zozeer een vertrouwensarts is nodig maar een vertrouwensjurist.

3.6 Standpunten over 'euthanasie' van diverse organisaties

Diverse organisaties brengen in de jaren 1975-1978 een standpunt uit over levensbekortend handelen door artsen. Op de eerste plaats is dat de Gezondheidsraad die zijn tweede interim-rapport uitbrengt. Dit maal over 'euthanasie' bij pasgeborenen. Alhoewel uiteindelijk de levensbeëindiging van wilsonbekwamen niet onder de noemer 'euthanasie' zal vallen, zou het de geschiedenis te veel geweld aan doen als dit rapport hier niet kort behandeld zou worden. Op de tweede plaats zijn er standpunten van de KNMG, de twee organisaties die ijveren voor de mogelijkheid van 'vrijwillige euthanasie' (SVE en NVVE), de Nationale Ziekenhuis Raad en het Humanistisch Verbond. De paragraaf wordt afgesloten met enige opmerkingen omtrent activiteiten van politieke partijen en parlementariërs.

De Gezondheidsraad

In 1975 brengt de Commissie Medische Ethiek van de Gezondheidsraad, dit maal onder voorzitterschap van De Lange[127], een tweede interim-advies uit: *Advies inzake euthanasie bij pasgeborenen*. De commissie definieert 'euthanasie' eender als de Commissie De Vreeze: "een opzettelijk levensverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen bij een ongeneeslijke patiënt in diens belang".[128]

De commissie meent dat het toepassen van 'euthanasie' in feite reeds begint, wanneer de pogingen om het leven in stand te houden gestaakt worden, daar waar verlenging nog wel mogelijk is. Bij het toedienen van pijnstillende of verdovende middelen om het lijden te bestrijden, zo vervolgt de commissie, kan het noodzakelijk zijn hoge doseringen te gebruiken, ondanks de risico's die de patiënt hierdoor, ook ten aanzien van het leven, soms loopt. De commissie wil dit niet aanduiden met 'euthanasie' omdat het primaire doel van de medicatie het opheffen van lijden is en niet het beëindigen van leven. Kenmerkend aan 'actieve euthanasie' is volgens de commissie de opzet om het leven te beëindigen of te bekorten.[129]

Ten aanzien van de toelaatbaarheid van levensbekorting meent de Commissie De Lange dat 'passieve euthanasie' bij zwaar defecte pasgeborenen slechts zedelijk te rechtvaardigen is bij kinderen waarvan men weet dat de dood na een kort tijdsbestek zal intreden terwijl men voor de korte levensduur ernstig en niet op te heffen lijden verwacht en bij kinderen met weliswaar overlevingskansen maar waarbij het intermenselijke contact en communicatie met de buitenwereld voorgoed uitgesloten is.[130] Dit hoeft echter volgens de commissie niet door nieuwe wetten geregeld te worden. Een arts heeft immers het recht – en dikwijls zelfs de

---

127 Leden van de commissie zijn naast S.A. de Lange: Th.C.J. Beemer, J.F. Crul, J.A. Dallmeijer, E. Dekker, R. Drion, C.J. Goudsmit, M. Knap, J.J.M. Michels, J.F. Rang, H. Roelink, H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, J.Th.M. de Vreeze, G. Dekker, J.F. Beernink, allen leden die ook in de Commissie De Vreeze zaten. De commissie is aangevuld met R.A.V. van Haersolte (hoogleraar ethiek), H.J. Heering (hoogleraar godsgeleerdheid), C.P. Sporken (hoogleraar medische ethiek) en W. van Zeben (kinderarts). De Lange stelt dat hij samen met Dekker van mening is dat 'euthanasie' bij misvormde pasgeborenen het meest urgente medisch-ethische probleem is. Daarbij wijst hij naast het belang van het opstellen van prioriteiten en de gedachte dat de problematiek rond deze categorie verscherpt is, erop dat uit een door hem gehouden enquête (resultaten gepubliceerd in *Medisch Contact* 1974: 887-891) duidelijk geworden is dat er in Nederland zeer verschillend wordt gehandeld ten aanzien van pasgeborenen met een open rug (De Lange 1977: 4).

128 Gezondheidsraad 1975: 8. Ook nu wordt weer gesproken van 'vrijwillige', 'onvrijwillige', 'actieve' en 'passieve euthanasie', maar niet van 'indirecte euthanasie'.

129 Gezondheidsraad 1975: 22.

130 Gezondheidsraad 1975: 26.

plicht - een gevraagde behandeling die hij onjuist acht, te weigeren. En ook de ouders of wettelijke vertegenwoordigers van een zwaar defecte pasgeborene hebben het recht een medische behandeling van hun kind te weigeren.

Ten aanzien van de ‘actieve euthanasie’ is de commissie de mening toegedaan dat er grote gevaren dreigen als de wetgever deze vorm van levensbekorting onder bepaalde voorwaarden vrij zou laten. “Het bij de wet uitdrukkelijk stellen van grenzen aan de bescherming van menselijk leven zou een gevaarlijk precedent scheppen. Omschrijving van de voorwaarden is uitermate moeilijk en misbruik is niet uit te sluiten.” De commissie meent dan ook dat het niet juist zou zijn voorstellen te doen tot wijziging van de wettelijke bepalingen ten aanzien van de strafbaarheid van ‘actieve euthanasie’ bij pasgeborenen.[131] Tegelijkertijd acht de commissie het niet uitgesloten dat in uitzonderlijk moeilijke situaties, situaties waarin het zonder meer duidelijk is dat ‘passieve euthanasie’ zeker in aanmerking zou komen, bij de arts andere motieven zwaarder zullen wegen dan de eerbied voor het leven. Voor die uitzonderlijke gevallen kan de commissie geen algemene regels geven.

De KNMG

In 1975 wordt in *Medisch Contact* een ‘Discussienota Euthanasie’ gepubliceerd die geschreven is door een uit artsen bestaande werkgroep, ingesteld door het hoofdbestuur van de KNMG.[132] De werkgroep definieert ‘euthanasie’ als: “het opzettelijk nalaten het leven van een patiënt te verlengen, het opzettelijk verkorten of beëindigen van het leven van een patiënt, dit alles uitsluitend in het belang van de patiënt”. De werkgroep neemt de toevoeging van de Gezondheidsraad dat het moet gaan om een ongeneeslijk patiënt en de toevoeging van het hoofdbestuur van de KNMG dat de stervensfase moet zijn ingetreden en dat uitsluitend gedacht mag worden aan het handelen van de behandelend arts, niet over.[133]

De werkgroep is van mening dat er een wezenlijk verschil bestaat tussen ‘actieve euthanasie’ - het opzettelijk bekorten van het leven van een ander - en ‘passieve euthanasie’ - het opzettelijk nalaten van het verlengen van het leven van een ander. De werkgroep speekt niet over de ‘indirecte euthanasie’ maar het lijkt er op dat ze die – tamelijk verwarrend - een plaats toekent tussen de ‘actieve euthanasie’ en de ‘passieve euthanasie’ in. In haar ogen bevindt het geven van palliatieve therapie in zeer hoge dosering met het duidelijke, bewust aanvaarde risico hierdoor de dood te verhaasten, zich in het overgangsgebied tussen ‘actieve’ en ‘passieve euthanasie’: “geven wij hoge doses, dan is er sprake van passieve euthanasie; worden er juist te hoge doses gegeven, dan is er

---

131 Gezondheidsraad 1975: 27.

132 Op 21 maart 1972 heeft het hoofdbestuur van de KNMG besloten tot de instelling van een uit artsen bestaande werkgroep die het probleem van de ‘euthanasie’ zal bestuderen. Leden zijn A.J. Zwartendijk, M.C.J. van Reekum-van Waasbergen, B.P.M. Schulte, G.A. Meier en J.J. Rasker. De door deze werkgroep geformuleerde discussienota vertegenwoordigt niet het standpunt van het hoofdbestuur, zo laat het hoofdbestuur weten bij publicatie. Wel roept het hoofdbestuur op tot discussie (KNMG 1975: 7). Aanvankelijk is het de bedoeling van het hoofdbestuur om de nota te versturen aan de afdelingen. Uiteindelijk besluit het hoofdbestuur de discussienota in *Medisch Contact* te publiceren op verzoek van veel leden en afdelingen. Bovendien is het rapport inmiddels al tot de dagbladen doorgedrongen (*Medisch Contact* 1975: 3).

133 KNMG 1975: 8. Het hoofdbestuur heeft in 1973 gesteld dat artikel 294 niet in de discussie betrokken moet worden, maar de werkgroep denkt daar anders over. Zij meent dat het een kunstmatige scheiding is om het begrip ‘euthanasie’ te beperken tot de groep mensen die de stervensfase zijn ingegaan, en de andere categorieën uit te sluiten. Suïcide kan, met name in het geval dat er aan een arts gevraagd wordt om medewerking aan een zachte dood bij iemand die lichamelijk gezond is, volgens de werkgroep tot het begrip ‘euthanasie’ worden gerekend (KNMG 1975: 12).

sprake van actieve euthanasie".[134] Het wezenlijk verschil tussen 'actieve' en 'passieve euthanasie' bestaat erin dat in het eerste geval de afloop vast staat en in het tweede geval niet. Ook in juridisch opzicht bestaat er volgens de werkgroep een verschil: 'Actieve euthanasie' is strafbaar gesteld in de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht, 'passieve euthanasie' is niet verboden.[135]

De werkgroep is van mening dat 'euthanasie' pas overwogen kan worden, als de patiënt er eigener beweging om vraagt en de arts geen mogelijkheden tot verbetering meer ziet. Om tot een weloverwogen oordeel te komen moet de arts advies inwinnen bij collegae en overleggen met deskundigen uit andere disciplines. Het beslissingsrecht komt aan de patiënt toe en niet aan gezinsleden, familie, vrienden of een grotere groep als de gemeenschap of de overheid.[136]

Als 'euthanasie' toegepast zal worden, vormt 'passieve euthanasie' in de regel de aangewezen weg. Slechts in zéér sporadische gevallen zal het wenselijk zijn palliatieve therapie bewust in een té hoge dosis te geven, aldus de werkgroep. "In de regel hebben wij dan een eerdere gelegenheid voor passieve euthanasie laten voorbijgaan door toepassing van onnodige therapeutische behandeling."[137]

De werkgroep acht 'passieve euthanasie', zowel in als buiten de stervensfase, toelaatbaar. 'Actieve euthanasie' acht zij bij preterminale patiënten slechts toelaatbaar in die gevallen, waarin ook 'passieve euthanasie' toelaatbaar zou zijn.

> Als passief wachten een lijden zou meebrengen dat niet op een andere manier is te verlichten, zullen wij mogen overwegen actieve euthanasie toe te passen. Wanneer er echter sprake is van een patiënt die normaal gesproken nog een lange levensverwachting heeft dan zal de medicus geen actieve euthanasie mogen toepassen. Wordt ons in deze gevallen gevraagd om een patiënt te doden.... dan is dit geen taak voor de medicus maar een maatschappelijk probleem.[138]

Gezien dit standpunt is het logisch dat de werkgroep vindt dat een arts in principe nooit moet meewerken aan de suïcide van een lichamelijk gezond persoon.[139]

De werkgroep stelt dat het te voorzien is dat de visies ten aanzien van 'euthanasie' zullen veranderen. Zij roept op tot bezinning hierover om niet over een tijd het gevoel te hebben - zoals menig arts in de abortuskwestie overkomen is - een ethiek opgelegd te krijgen. Het lijkt de werkgroep niet verstandig dat de KNMG een officiëel standpunt over 'euthanasie' naar buiten brengt: "Er zijn over dit onderwerp zoveel meningen als er artsen zijn, ieder met zijn eigen motieven".[140]

---

134 KNMG 1975: 9.
135 KNMG 1975: 9.
136 KNMG 1975: 9.
137 KNMG 1975: 10.
138 KNMG 1975: 12.
139 KNMG 1975: 12.
140 KNMG 1975: 15. De afdelingen van de KNMG reageren zeer gevarieerd op de nota. Uit de reacties blijkt dat 'passieve vrijwillige euthanasie' vrij algemeen wordt aanvaard en dat de meeste afdelingen zich scharen achter het door het hoofdbestuur ingenomen standpunt. Wetswijziging wordt niet noodzakelijk geacht en opnieuw afkondigen van richtlijnen door het hoofdbestuur wordt als een hachelijke zaak beschouwd (Zwartendijk en Van Reekun-van Waasbergen 1977: 335).

In 1978 komt de KNMG met een nieuwe versie van haar gedragsregels voor artsen ter vervanging van het 'blauwe boekje' uit 1959. In deze brochure wordt duidelijker dan voorheen dat de KNMG de dood als neveneffect van pijnbestrijding aanvaardbaar acht.

> Het is de taak van de arts zijn patiënt ook tegen het einde van diens leven te blijven begeleiden en te trachten waar mogelijk het lijden van zijn patiënt te verzachten, ook wanneer toepassing van de daarvoor noodzakelijke middelen in adequate dosering de mogelijkheid inhoudt dat daardoor het tijdstip van het overlijden wordt vervroegd.

De definitie die de KNMG geeft van 'euthanasie' is niet veranderd en de dood door pijnbestrijding valt daar in haar optiek niet onder

> De omschrijving van euthanasie luidt kort samengevat: "Een opzettelijk levensbekortend handelen (= actieve euthanasie) of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen (= passieve euthanasie) bij een ongeneeslijke patiënt in de stervensfase, in zijn belang, met (= vrijwillige euthanasie) of zonder (= onvrijwillige euthanasie) toestemming van de betrokkene verricht".

Een behandeling waarvan redelijkerwijs geen gunstig resultaat valt te verwachten, moet achterwege gelaten worden. Het stoppen of niet beginnen met een dergelijke behandeling is in de optiek van de KNMG geen 'euthanasie'.

De KNMG acht 'passieve euthanasie' aanvaardbaar "als de patiënt dit wenst, zelfs geboden, indien het een ondraaglijk lijden betreft waarbij alle middelen ter verbetering falen". 'Actieve euthanasie' is de arts niet toegestaan. De KNMG houdt echter de mogelijkheid open van een uitzonderingssituatie waarin een arts toch kiest voor levensbeëindiging. Als voorwaarde daarbij stelt de KNMG overleg met collegae of andere personen die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn of zijn geweest, alsmede familieleden.[141]

Standpunten van SVE, NVVE en Humanistisch Verbond

In 1975 brengt de SVE een brochure[142] uit waarmee ze de meningsvorming over 'euthanasie' wil stimuleren en wil bevorderen dat 'vrijwillige euthanasie' voor meerderjarigen verkrijgbaar wordt. De SVE definieert 'euthanasie' als: "een opzettelijk levensverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen bij een ongeneeslijke patiënt in diens belang, waarna de patiënt sterft".[143] De SVE is de mening toegedaan dat 'vrijwillige passieve euthanasie' – "het op verzoek of na weigering van de patiënt niet of niet meer toepassen van levensverlengende middelen of handelingen, die gericht zijn op het in leven houden" - moreel en juridisch toelaatbaar is. De 'vrijwillige actieve euthanasie' – "het op verzoek van de patiënt toepassen van levensverkortende middelen of handelingen" - dient volgens de SVE te worden gezien als een noodoplossing en kan slechts bij hoge uitzondering toelaatbaar worden geacht. 'Onvrijwillige passieve euthanasie' is naar de opvatting van de SVE slechts toelaatbaar indien duidelijk is dat de patiënt zeer ernstig lijdt, terwijl dat lijden niet anderszins te verhelpen is, en een gesprek over 'euthanasie' niet (meer) mogelijk is. 'Onvrijwillige actieve euthanasie' – "het toepassen van

---

141 KNMG 1978: 19-20.

142 SVE 1975). Als deelgenoten in de discussie worden genoemd: R. Braakman (neurochirurg), J. Drop (medisch-sociologe), J. Ekelmans (advocaat), W.G.H. Garritsen (secretaris van de SVE), C.A.J. van Ouwerkerk (ethicus en psycholoog), A.J. van Pekelharing (voorzitter van de SVE), J.J. Rasker (internist), A. Seret (jurist), H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill (jurist) en W. van Zeben (kinderarts).

143 SVE 1975: 13.

levensverkortende middelen of handelingen, buiten wil of medeweten van de patiënt, maar wel in diens belang" - is volgens de stichting de meest aangevochten vorm van levensbekorting. Toch, zo vervolgen de auteurs, is het een publiek geheim dat deze vorm van 'euthanasie' wel voorkomt. Zij zijn dan ook van mening dat getracht moet worden tot een eerlijke discussie daarover te komen.[144]

Wat betreft legalisering is de SVE van oordeel dat de tijd nog niet rijp is om in een wettelijke bepaling de straffeloosheid van bepaalde vormen van levensbekorting uitdrukkelijk vast te leggen. Sterker nog, de stichting is van mening dat legalisering op dat moment een aantal bezwaren met zich meebrengt. In haar optiek moet aan wetswijziging een uitgekristalliseerde meningsvorming vooraf zijn gegaan en die is, zo merkt de SVE op, nog niet voltooid. Verder acht zij het mogelijk dat overijlde legalisering de 'euthanasie' eerder afremt dan bevordert.[145]

In de optiek van de SVE is wetswijziging niet noodzakelijk. De recente ontwikkeling op het terrein van de abortus provocatus leert, naar haar mening, dat zonder wijziging van het Wetboek van Strafrecht de abortus binnen zekere grenzen als geoorloofd is ingevoerd. Bovendien, zo meent de SVE, kan het opportuniteitsbeginsel soelaas bieden. Een ander punt waar de SVE op wijst is de mogelijkheid van een wijziging in de verklaring van overlijden, in die zin dat op de verklaring zou moeten kunnen worden aangegeven dat 'euthanasie' is toegepast.[146]

De NVVE benoemt in 1976 de voormalige staatssecretaris van Volksgezondheid Muntendam als haar voorzitter.[147] Een van de eerste taken die Muntendam op zich neemt is het installeren van een Commissie Wetgeving.[148] Deze commissie krijgt als taak te onderzoeken of, binnen bepaalde grenzen, straffeloze toepassing van 'vrijwillige euthanasie' in Nederland sociaal aanvaardbaar is en of, wanneer dit het geval is, dit uitdrukkelijk in wetgeving tot uiting moet worden gebracht.[149]

---

144 SVE 1975: 14-21.

145 SVE 1975: 56. Dit beargumenteert ze door erop te wijzen dat de wetgever, naar zijn aard terecht, behoudend is en in minder gevallen 'euthanasie' zal toestaan dan juist door vele voorstanders (van legalisatie) wenselijk wordt geacht. Zij acht het mogelijk dat daardoor, thans in de praktijk bestaande, vrijheden zullen worden ingeperkt.

146 SVE 1975: 56-57.

147 De koers van de NVVE leidt in dat jaar tot een crisis in de organisatie. Het echtpaar Sybrandy, medeoprichters en boegbeelden van de vereniging, is ontevreden over het beleid en kaart dit aan op de algemene ledenvergadering. Een van hun bezwaren is dat het bestuur vergaande afspraken maakt met de – in hun ogen - te gematigde SVE. Verder vrezen de Sybrandy's dat met de benoeming van Muntendam, die voorzitter is geweest is van de Staatscommissie Bevolkingsvraagstuk, de vrijwilligheid van de 'euthanasie' in diskrediet wordt gebracht. Het conflict leidt ertoe dat de Sybrandy's uit de vereniging stappen en een nieuwe organisatie oprichten, het Informatiecentrum Vrijwillige Euthanasie. Het Informatiecentrum streeft evenals de NVVE naar maatschappelijke acceptatie en legalisering van euthanasie. Anders dan de NVVE is het Informatiecentrum bij monde van mevrouw Sybrandy openlijk bereid om mensen van informatie te voorzien over de wijze waarop zij zelf een einde aan hun leven kunnen maken.

148 Slechts voor een klein gedeelte bestaat deze commissie uit NVVE-leden. Lid van de commissie zijn: de E. André de la Porte (jurist), P.J.W. de Brauw (voorzitter van het Centraal Medisch Tuchtcollege), J. de Graaf (ethicus), J.C.J. van Haarsveld (verpleegkundige), R. van Kessel (moraaltheoloog), C. van der Meer (internist), P. Muntendam (arts, voorzitter van de NVVE), A. Postma (arts), A. Riemen (voorzitter Raad van de Arbeid in Den Bosch), M. Rood-de Boer (jurist), H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouil (jurist), J. Voogd (econoom tevens lid van de Tweede Kamer voor de PvdA).

149 NVVE 1978: 2-3.

De commissie beperkt zich tot het terrein van de ‘vrijwillige euthanasie’ en baseert zich op het zelfbeschikkingsrecht. ‘Vrijwillige euthanasie’ definieert zij als “het opzettelijk laten of doen sterven van een ander persoon (een patiënt), die - zonder dat op hem dwang is uitgeoefend - de wens daartoe ondubbelzinnig te kennen heeft gegeven, dan wel ondubbelzinnig met een voorstel tot euthanasie heeft ingestemd”.[150] De commissie komt tot de conclusie dat ‘vrijwillige euthanasie’ toelaatbaar kan zijn, wanneer tegelijkertijd aan drie voorwaarden is voldaan: de geïnformeerde patiënt heeft vrijwillig, weloverwogen en ondubbelzinnig te kennen gegeven ‘euthanasie’ te wensen; de patiënt verkeert in de stervensfase; de uitvoering van de ‘euthanasie’ geschiedt door de behandelend arts.

De commissie is van mening dat wanneer ‘euthanasie’ wordt toegepast met inachtneming van de drie voorwaarden, de arts een geslaagd beroep kan doen op de rechtvaardigingsgrond van het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid. Het optreden van de behandelend arts is, volgens de commissie, binnen die voorwaarden te beschouwen als normaal medisch handelen en valt niet onder artikel 293.

Een ruime meerderheid van de Commissie Wetgeving wil geen voorstel tot wetswijziging indienen. Evenals de SVE zijn ze van mening dat de maatschappelijke ontwikkeling betreffende ‘euthanasie’ nog te veel aan verandering onderhevig is. Een minderheid in de commissie is van mening dat de tijd wél rijp is om een voorstel tot wetswijziging aanhangig te maken.[151]

De commissie stelt voor dat het Openbaar Ministerie en rechters de in het rapport genoemde richtlijnen als uitgangspunt nemen voor het al dan niet justitieel optreden bij het toepassen van vrijwillige euthanasie.[152] Als dat niet gebeurt, vreest de commissie een groeiende discrepantie tussen de praktijk en de wet. In dat geval is ook de meerderheid voorstander van het in de wet opnemen van een, speciaal op artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht toegesneden, strafuitsluitingsgrond.

> Niet strafbaar is de arts die zijn patiënt, die de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, en in de stervensfase verkeert, op of overeenkomstig diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen het leven door het nalaten van behandeling bekort of hem levensverkortend behandelt.[153]

De commissie meent dat levenbeëindiging zonder dat de stervensfase is ingetreden ook mogelijk moet zijn, namelijk in de volgende situatie:

> de behandelend arts ziet geen mogelijkheid voor het gebruik van geneesmiddelen en/of geneeswijzen om de toestand van de patiënt, die door de laatstgenoemde als

[150] NVVE 1978: 11.

[151] NVVE 1978: 48. In 1975 heeft het NIPO een onderzoek gedaan naar de opvattingen over ‘euthanasie’. Uit dit onderzoek blijkt dat 45% van alle ondervraagden wel eens over ‘euthanasie’ heeft gelezen. Van de ondervraagden heeft 19% in eigen omgeving meegemaakt dat iemand voor zichzelf ‘euthanasie’ wenste en 61% is voor legalisering van ‘euthanasie’. Met betrekking tot een vraag over ‘actieve euthanasie’ zegt 18% er veel begrip voor te hebben en 46% zegt er weinig begrip voor te hebben. Van de respondenten zegt 44% zeker of waarschijnlijk voor zichzelf ‘euthanasie’ te zullen verzoeken als hij ongeneeslijk ziek zou zijn en erg onder zijn toestand zou lijden (NVVE 1976: 9-10).

[152] Het Nederlands Gesprek Centrum zat een paar jaar eerder ook al op dat spoor. De auteurs van het boekje *Euthanasie* van deze organisatie meende dat het Openbaar Ministerie, in gevallen waarin een medische gedragslijn overeenkomstig de normen van de medische ethiek en van medisch vakmanschap is gevolgd, waarschijnlijk niet tot vervolging zal overgaan (Van Kessel 1975).

[153] NVVE 1978: 23-24.

blijvend ondraaglijk en uitzichtloos wordt ervaren, te verlichten op een voor de patiënt aanvaardbare wijze en tot een voor hem aanvaardbaar niveau.[154]

Alhoewel de commissie de ‘actieve directe euthanasie’ vóór de stervensfase en het, volgens de commissie daarmee in verband staande, vraagstuk van de hulp bij zelfdoding aanroert, acht zij dit onderwerp nog te weinig doordacht. Tevens is het de vraag of de NVVE op dat terrein een taak voor zichzelf ziet daar de vereniging zich in haar doelstelling beperkt heeft tot het werken aan de maatschappelijke aanvaardbaarheid van ‘euthanasie’. De commissie wijst erop dat ze bij het bestuderen van de ethische en praktische problemen die met ‘euthanasie’ verband houden, stuit op het terrein van de vrijwillige zelfdoding. De grenzen tussen sommige vormen van vrijwillige levensbeëindiging - met name waar het gaat om gevallen, waarin nog niet van een ingetreden stervensfase kan worden gesproken - en hulp bij vrijwillige zelfdoding zijn niet altijd gemakkelijk te onderkennen, aldus de commissie.

De commissie meent dat als men erkent dat ook in psychisch opzicht een ondraaglijk lijden kan bestaan dat de wil tot voortleven blijvend wegneemt of overheerst, er onmiskenbare parallellen met de ‘euthanasieproblematiek’ aanwezig zijn. De commissie verbindt daaraan de consequentie dat iemand, die niet in de stervensfase verkeert en die niet verder wil leven, de beëindiging van zijn leven niet onnodig aan een ander mag overlaten of overdragen. Aanvaarding van deze consequentie brengt met zich mee dat iemand, zolang hij nog in staat is menswaardige middelen tot zelfdoding te vragen en te gebruiken, zijn arts niet behoort te vragen om ‘actieve euthanasie’.[155]

De commissie bespreekt, naast het probleem van de toelaatbaarheid van levensbekorting, het probleem van de verklaring van overlijden. Bij welke vorm van ‘euthanasie’ mag de verklaring afgegeven worden en bij welke niet? Voor de commissie is het duidelijk dat de ‘vrijwillige passieve euthanasie’ aangeduid kan worden als een natuurlijke doodsoorzaak. De ‘vrijwillige actieve euthanasie’ valt onder de niet-natuurlijke doodsoorzaken. Moeilijkheden ontstaan bij de ‘vrijwillige actieve indirecte euthanasie’.[156] Er valt iets voor te zeggen om die onder de natuurlijke doodsoorzaak te scharen – medici neigen daar ook toe – maar ook, vanuit een controle-perspectief, om dat niet te doen. Bij de ‘indirecte euthanasie’ wordt duidelijk dat de praktijk niet altijd uit de voeten kan met de tweedeling tussen natuurlijk en niet-natuurlijk doordat de overgangen tussen de drie onderscheiden vormen van levensbekorting nogal eens vloeiend zijn. De commissie pleit voor een wijziging in de Wet op de Lijkbezorging in die zin dat op het formulier aangegeven kan worden dat er sprake is geweest van ‘vrijwillige actieve indirecte euthanasie’.[157]

---

[154] NVVE 1978: 26.

[155] De commissie voegt daaraan toe dat deze gedachtegang veronderstelt dat hulp bij zelfdoding toelaatbaar is, maar dat dit volgens de thans geldende wetgeving niet het geval is. De commissie is van oordeel dat ze buiten haar opdracht treedt door het onderwerp van wijziging van artikel 294 in haar advies te betrekken. Ze wijst er wel op dat de urgentie van de problemen, die het steeds toenemend aantal zelfdodingen oproept, een afzonderlijke bestudering van deze wijziging van artikel 294 wettig en zeer noodzakelijk maakt (NVVE 1978: 37). Kort daarna installeert de NVVE een commissie die dat vraagstuk gaat bestuderen (zie daarvoor paragraaf 4.3).

[156] De commissie definieert dit als “'het opzettelijk levensbeëindigend handelen ten opzichte van een ander persoon (een patiënt) in diens belang, om diens lijden te beëindigen” en stelt dit tegenover de ‘actieve indirecte euthanasie’: “het opzettelijk toedienen van een ander persoon (een patiënt) met middelen, met het oogmerk diens lijden te verzachten in diens belang, terwijl degene, die de middelen toedient, weet dat de toegepaste middelen het leven van de betrokkene bekorten, of dat de reële mogelijkheid bestaat dat zij het leven van de betrokkene zullen bekorten” (NVVE 1978: 10).

[157] NVVE 1978: 32-33.

In 1976 neemt het hoofdbestuur van het Humanistisch Verbond een standpunt in ten aanzien van ‘euthanasie’. Het hoofdbestuur is van mening dat het ethisch zonder belang is om, zoals algemeen gebeurt, een onderscheid te maken tussen ‘actieve’ en ‘passieve euthanasie’. “In beide gevallen immers wordt de dood bevorderd, hetzij door toediening van daartoe geëigende middelen, hetzij door achterwege laten van levensverlengende medicaties.” Er is, volgens het hoofdbestuur, dan ook geen reden om artsen in het ene geval wel en in het andere niet ter berechting te kunnen roepen. “De wet dient dan ook, anders dan op het ogenblik nog geldt, de artsen zeker ruimte te bieden, naar verantwoord inzicht te handelen.”[158] Dit geldt, aldus het hoofdbestuur, in het bijzonder waar sprake is van ‘vrijwillige euthanasie’, want ieders recht tot vrije beschikking over zijn eigen leven dient te worden eerbiedigd.

Het hoofdbestuur stelt verder nog dat niet kan worden ontkend dat omstandigheden denkbaar zijn waarin, zonder dat van enige daartoe strekkende wens is gebleken, ‘euthanatisch handelen’ - zeker in de passieve vorm - geboden kan zijn. Ook in deze gevallen geldt dat in wezen een onderscheid tussen ‘passieve’ en ‘actieve euthanasie’ niet betekenisvol is. Het tekent daarbij aan dat in dergelijke gevallen bij voortduring grote behoedzaamheid geboden blijft.[159]

Politieke organen

In de Nederlandse politiek is ‘euthanasie’ in de periode 1973-1978 geen onderwerp van belang. Incidenteel vraagt een kamerlid of de minister of de staatssecretaris al een reactie heeft geformuleerd op de rapporten van de Gezondheidsraad of anderszins een standpunt over het onderwerp heeft bepaald.[160] Het antwoord van de bewindsman is dan dat hij nog niet zover is.[161] Ook klinkt een keer in de Tweede Kamer het geluid dat ‘euthanasie’ wordt toegepast[162] en dat het goed zou zijn een onderzoek daarna te laten doen.[163]

In de raadgevende vergadering van de Raad van Europa staat de stervensbegeleiding in deze periode wel expliciet op de agenda. Op 29 januari 1976 neemt de vergadering aanbeveling nr. 779 aan inzake de rechten van zieken en stervenden. Daarin wordt aan de lidstaten onder andere aanbevolen interdisciplinaire nationale onderzoekscommissies in te stellen naar de mogelijkheid artsen niet langer strafbaar te stellen als zij in bepaalde gevallen ‘euthanasie’ toepassen.[164]

---

[158] Humanistisch Verbond 1976: 44. Volgens het hoofdbestuur moet het ‘euthanatisch’ handelen op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt voorbehouden blijven aan de medicus, daar deze een eigen verantwoordelijkheid heeft en levensmogelijkheden van de patiënt kan onderkennen.

[159] Humanistisch Verbond 1976: 44.

[160] Bijvoorbeeld de D’66 senator Schwartz (*Handelingen Eerste Kamer 1974-1975*: 544 en 569) en het D’66 kamerlid Imkamp *(Handelingen Tweede Kamer 1975-1976*: 374).

[161] Bijvoorbeeld staatssecretaris Hendriks (*Handelingen Eerste Kamer 1974-1975*: 572 en *Handelingen Tweede Kamer 1975-1976*: 820); minister van Justitie Van Agt (*Handelingen Eerste Kamer 1975-1976*: 759 en *Handelingen Tweede Kamer 1976-1977*: 618).

[162] Imkamp (*Handelingen Tweede Kamer 1975-1976*: 416).

[163] Imkamp (*Handelingen Tweede Kamer 1975-1976*: 812); De GPV-er Jongeling (*Handelingen Tweede Kamer 1975-197*6: 812). Lamberts (PvdA) vindt het onderzoek geen goed idee omdat het onderwerp daarvoor “te teer” is (*Handelingen Tweede Kamer 1975-1976*: 813) en staatssecretaris Hendriks sluit zich daarbij aan (*Handelingen Tweede Kamer 1975-1976*: 820).

[164] De PvdA-er Voogd was samen met de Oostenrijkse Hubinek indiener van de aanbeveling. Zij zijn, ter uitvoering van een eerdere motie waarin gevraagd was om een rapport over de rechten van de zieke mens, aangewezen als rapporteurs.

In 1978 neemt de Tweede Kamer een op de aanbeveling geënte motie aan[165].

> De Kamer, ….. overwegende, dat de maatschappelijke discussie over het vraagstuk van de euthanasie nog volop in beweging is; voorts overwegende, dat ter zake van dit vraagstuk een nadere bezinning over de rol van de overheid wenselijk is; nodigt de regering uit, te bevorderen dat een in te stellen staatscommissie advies zal worden gevraagd over toekomstig overheidsbeleid inzake euthanasie.[166]

Uit de standpunten van individuen (paragraaf 3.5) en van organisaties (deze paragraaf) blijkt duidelijk dat er in de jaren zeventig geen enkele druk is om euthanasie op de politieke agenda te plaatsen. Het algeheel gevoelen lijkt te zijn dat er eerst nog veel gedicussieerd moet worden en dat er mogelijk niet-politieke wegen zijn waarlangs het onderwerp naar tevredenheid geregeld kan worden. De in het parlement aangenomen motie voor het instellen van een staatscommissie ligt in het verlengde van dit gevoelen.

3.7 Een zaak voor het Medisch Tuchtcollege

In 1977 wordt bekend dat het Medisch Tuchtcollege Amsterdam een uitspraak heeft gedaan in een zaak tegen een arts, die een middel heeft toegediend in de wetenschap dat de patiënte dientengevolge waarschijnlijk zal overlijden. Een geval dat aangeduid wordt als ‘indirecte euthanasie’.[167]

De patiënte in kwestie heeft kanker en is in het ziekenhuis opgenomen, omdat verpleging thuis niet langer mogelijk is. De vrouw heeft in toenemende mate last van benauwdheden en dreigt te stikken in verband met veelvuldige verstoppingen van haar tracheo-stoma. Ter vermijding van verstikking dienen de korsten vele malen per etmaal met een pincet te worden verwijderd. Tot de opname is dat doorgaans door haar zelf gedaan. Een gevolg van de korstvorming en de daaruit voortvloeiende benauwdheden, is dat de vrouw reeds lange tijd niet meer normaal kan slapen.

De arts, tegen wie de klacht is ingediend heeft op de dag van de opname een gesprek met de vrouw. Daaruit blijkt dat zij zeer vermoeid is en inziet dat haar situatie hopeloos is. Zij beseft dat ze nog maar kort te leven heeft, en dat accepteert ze. De arts heeft met de vrouw zelf, met haar oudste dochter en met een voorganger van het kerkgenootschap waartoe de vrouw behoort, overlegd over het toedienen van een slaapmiddel. Daarbij is besproken dat zij dan mogelijk niet meer wakker zal worden, omdat ze een optredende benauwdheid niet zal bemerken. De vrouw wenst desondanks een slaapmiddel toegediend te krijgen en de arts heeft haar dat vervolgens gegeven, waarop de vrouw is ingeslapen en overleden.

---

165 De motie wordt aangenomen bij zitten en opstaan en de voorzitter constateert dat de aanwezige leden van de fracties van de SGP en het GPV tegen deze motie hebben gestemd (*Handelingen Tweede Kamer 1978-189*: 1125).

166 *Handelingen Tweede Kamer 1978-1979*: 1053. De motie is ondertekend door Dees (VVD), Cornelissen (CDA), Drenth (PvdA), Wessel-Tuinstra (D’66), Nijhof (DS’70) en Beckers-de Bruijn (PPR).

167 Het gebruik van deze term wordt door sommigen betwist (onder andere door de redactie van *Medisch Contact* (A.I 1977: 591) en door anderen juist toegejuicht (Muntendam 1977: 799). Rasker behoort tot degenen die de term afwijzen wanneer hij stelt dat er geen enkele noodzaak bestaat om het begrip ‘indirecte euthanasie’ in te voeren, omdat iedere arts bij toepassing ervan min of meer exact kan bepalen of er sprake is van pijnbestrijding dan wel van ‘actieve euthanasie’ (Rasker 1977: 1114).

De echtgenoot van de vrouw is, mede op uitdrukkelijk verzoek van haar, niet bij de besluitvorming omtrent het toedienen van een slaapmiddel betrokken. Hij is daarover naderhand door zijn dochter ingelicht en kan zich er niet mee verenigen. Hij dient een klacht in tegen de arts.[168]

Het Medisch Tuchtcollege is van mening dat de arts met het toedienen van de geneesmiddelen niet onjuist heeft gehandeld. Het Centraal Medisch Tuchtcollege bevestigt deze beslissing. Bovendien neemt het tuchtcollege het standpunt in dat de arts niet verweten kan worden niet vooraf overlegd te hebben met de echtgenoot. Dit is immers gebeurd op verzoek van de patiënte. Bovendien is het waarschijnlijk - gezien de houding van de echtgenoot ter rechtszitting - dat redelijk overleg met de man op dit punt niet mogelijk zou zijn geweest, aldus het Centraal Medische Tuchtcollege.[169]

Met zijn oordeel bevestigt het Centraal Medisch Tuchtcollege de gedachte die ook in de zaak Postma duidelijk is geworden dat de dood als neveneffect te rechtvaardigen is. Een dergelijke bevestiging is niet voorhanden wat betreft levensbekorting door het nalaten van handelen - dan wel omdat de patiënt verdere behandeling weigert, dan wel omdat die behandeling niet langer als medisch zinvol wordt gezien. Deze vorm van levensbekorting is nooit voor de rechter gebracht en aangenomen moet worden dat juristen die stellen dat het strafrechtelijk geen probleem is, gelijk hebben.

TER AFSLUITING

Begin jaren zeventig is er veel belangstelling voor medisch-ethische onderwerpen. Met name voor abortus geldt dit, maar toch ook zeker voor problemen aan het einde van het leven. Deze belangstelling wordt gestimuleerd door de aandacht van de media voor dit soort onderwerpen.

Het thema ‘levensbeëindigend handelen door artsen’ krijgt een sterke impuls met de zaak Postma. Het onderwerp zal tot 2002 – het einde van het in dit boek beschreven tijdvak – niet meer van de publieke agenda verdwijnen.

Het optreden van de geneeskundig inspecteur als getuige-deskundige in de zaak Postma is van bijzonder groot belang geweest. Wat opvalt in diens optreden is dat hij eisen van zorgvuldigheid geeft die in feite niet helemaal passen op de zaak die ter beoordeling ligt. Hij lijkt een geval van ‘indirecte euthanasie’ voor ogen te hebben en niet de actieve directe levensbeëindiging die mevrouw Postma verrichtte. Het resultaat van deze wellicht tactische manoeuvre is dat er een rechterlijke uitspraak ligt waarin de dood als neveneffect van pijnbestrijding als te rechtvaardigen wordt beoordeeld – een oordeel dat door het Medisch Tuchtcollege in 1977 ook is geaccepteerd. Een ander belangrijk gevolg is dat er een begin is gemaakt aan de rechterlijke beoordeling van eisen van zorgvuldigheid waaraan artsen zich moeten houden bij het toepassen van levensbekortend handelen.

Ook in de periode tussen 1970 en 1978 vormt de juiste omschrijving van het begrip ‘euthanasie’ nog steeds een probleem. In deze periode ontstaat een groot draagvlak voor het idee dat de dood als neveneffect van pijnbestrijding en de dood als gevolg van het nalaten van of stoppen met een behandeling vallen onder het gerechtvaardigde medische

[168] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1978: 205-206. De man heeft eerst een klacht ingediend bij de politie. Daar bleek dat men het geen zaak voor justitie achtte (Lindeboom 1979: 53).
[169] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1978: 52: 206.

handelen. Het is dan ook de vraag of dit handelen aangeduid moet worden met de term ‘euthanasie’.

Twee problemen zijn aan deze discussie gekoppeld. Het eerste is of de diverse vormen van levensbekorting wel van elkaar te onderscheiden zijn. Met name ten aanzien van het onderscheid tussen de dood als neveneffect van de pijnbestrijding en de actieve levensbeëindiging wordt gewezen op vloeiende overgangen. Het tweede is dat de definiëring van de term onderdeel is van de strijd tussen voor- en tegenstanders van de mogelijkheid van actieve levensbeëindiging. Tegenstanders vinden dat de term ‘euthanasie’ niet gebruik moet worden voor geaccepteerde vormen van levensbekorting. Sommige voorstanders van de mogelijkheid van actieve levensbeëindiging hebben de neiging het onderscheid tussen de verschillende vormen te relativeren.

In het debat over de morele toelaatbaarheid proberen voorstanders van de mogelijkheid van actieve levensbekorting de tegenstanders over te halen door de morele relevantie van het onderscheid tussen enerzijds ‘passieve euthanasie’ en ‘actieve euthanasie’ en anderzijds tussen ‘langzame’ en ‘snelle euthanasie’ te betwisten.

De principiële argumenten in het debat zijn niet veranderd. Voorstanders verdedigen hun positie met ‘barmhartigheid’ en ‘zelfbeschikking’. Tegenstanders wijzen op de eerbied aan het leven verschuldigd, het risico dat het vertrouwen in de medische stand wordt geschaad en het gevaar van normerosie. In de jaren zeventig, de jaren dat overbevolking maatschappelijk een belangrijk thema was, werd in het publieke debat over euthanasie incidenteel ook een link gelegd tussen levensbeëindiging en bevolkingspolitiek.

Wat betreft de participanten in het debat is het van belang dat er een nieuw type deelnemer is bijgekomen: belangengroeperingen die het patiëntenperspectief vertegenwoordigen (SVE en NVVE). De KNMG, die wel ten aanzien van het abortusvraagstuk maar niet ten aanzien van het vraagstuk van de levensbekorting in deze periode haar koers verlegd heeft, heeft ook een ander type tegenvoeter gekregen: het NAV. Een ander nieuw type participant zijn de officiële en niet-officiële adviesorganen zoals de Gezondheidsraad.

De stelling dat artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht veranderd moet worden, wordt slechts incidenteel gehoord. Opvallend is dat NVVE en SVE deze eis (nog) niet stellen. Veel druk op politieke organen om iets aan de zaak van de euthanasie te doen is er dan ook niet. Het enige wat eventueel als druk zou kunnen werken is de aanbeveling van de Raad van Europa. De Tweede Kamer neemt de aanbeveling in ieder geval serieus door de regering te verzoeken een staatscommissie in te stellen.

4 De definiëring van het probleem (1978-1982)

Politieke partijen gaan zich in de periode 1978-1982 allengs meer interesseren voor het probleem van het levensbekortend handelen door artsen. Rond 1980 komen de meeste partijen met een standpuntbepaling. Alvorens aandacht te besteden aan deze standpunten worden in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk opnieuw de opvattingen van voor- en tegenstanders van liberalisering beschreven. Kenmerkend in deze periode is dat religieuze argumenten nog minder pregnant dan voorheen naar voren worden gebracht. Tegenstanders van liberalisering benadrukken met name de twijfel aan de vrijwilligheid van het verzoek om levensbeëindiging en uiten bezwaren tegen het vellen van oordelen betreffende de kwaliteit van leven. Bij voorstanders schuift het argument van barmhartigheid wat naar de achtergrond en komt het argument van zelfbeschikking geprononceerder naar voren. In de derde paragraaf staat de groeiende belangstelling voor het thema van de suïcide centraal. In de vierde paragraaf handelt het om de praktijk van de euthanasie. Er wordt ingegaan op gegevens, verzameld door sociale wetenschappers en op ervaringen van artsen. Ook dit hoofdstuk wordt afgesloten met een rechtszaak: de zaak Wertheim. Het betreft de hulp bij zelfdoding door een activiste van de NVVE. Opnieuw formuleert de rechtbank eisen waaraan zorgvuldige hulpverlening moet voldoen. Aan het slot van de paragraaf wordt de impact beschreven die de vonnissen in de zaak Postma en de zaak Wertheim hebben op het vervolgingsbeleid. Maar alvorens de draad van het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie op te pakken, volgt eerst weer iets meer algemeens: de afronding van het abortiusvraagstuk, de voorbereiding van de Grondwetwijziging van 1981 en de werkzaamheden van de Commissie Rechten van de Patiënt.

In de jaren 1978 tot 1982 begint het politieke spectrum in Nederland te veranderen. De progressieve eenheid is uit elkaar gevallen en de grote confessionele partijen vormen nu een federatie – het CDA. Na een moeizame formatie komt het eerste kabinet Van Agt tot stand, een CDA-VVD-kabinet. Dit kabinet rondt het abortusvraagstuk politiek af. De regering komt met een wetsvoorstel dat door de zich pragmatisch opstellende minister van Justitie De Ruiter gewijzigd wordt, zodanig dat de Tweede Kamer zich daarmee – zij het met de krapst mogelijke meerderheid - kan verenigen. Vlak voor de verkiezingen in 1981 gaat ook de Eerste Kamer akkoord, eveneens in een voltallige vergadering en met de kleinst mogelijke meerderheid.[1]

In de jaren zeventig is de versterking van de rechtspositie van de patiënt een van de politieke onderwerpen. Deze versterking krijgt op twee manieren gestalte. De eerste is artikel 11 van de nieuwe Grondwet: "Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam." Blijkens de Memorie van Toelichting wordt hiermee het toestemmingsvereiste geregeld: het recht op onschendbaarheid van het eigen lichaam ten aanzien van een patiënt brengt mee dat medische handelingen ten aanzien van hem slechts mogen worden verricht met zijn (eventueel veronderstelde) toestemming of met de toestemming van personen die voor hem mogen beslissen. Een arts die een patiënt behandelt tegen diens wil kan daarom strafbaar zijn.[2]

---

1 Bosmans 1995: 118.

2 *Handelingen Tweede Kamer 1978-1979, Bijlagen* 15 463, nr. 2.

De tweede manier waarop de positie van de patiënt versterking krijgt is middels de werkzaamheden van de Commissie Rechten van de Patiënt van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Deze aan het eind van de jaren zeventig ingestelde commissie, met als voorzitter de gezondheidsjurist Leenen, brengt in de jaren 1980-1982 vijf deeladviezen uit. Met name in het deelrapport *De juridische relatie tussen patiënt en arts, het recht van de patiënt op informatie en het toestemmingsvereiste*[3] wordt gepleit voor een wettelijke regeling van de rechtspositie van de patiënt. In dat rapport komen na algemene beschouwingen betreffende de juridische relatie tussen patiënt en (huis)arts, het recht van de patiënt op informatie en het toestemmingsvereiste aan de orde. Het uitgangspunt van de commissie is dat arts en patiënt met elkaar een overeenkomst aangaan waaraan bepaalde condities kunnen worden gesteld, een ‘medisch contract’.[4] De overeenkomst wordt van de kant van de arts gezien als een inspanningsverbintenis. Aanvaard wordt dat slechts van wanprestatie kan worden gesproken indien de arts in de gegeven omstandigheden anders heeft gehandeld dan een redelijk bekwaam vakgenoot zou hebben gedaan. Van de kant van de patiënt kan de arts verwachten dat deze de voor de behandeling nodige gegevens verstrekt en zich houdt aan de afgesproken therapie. Als de patiënt niet bereid is de adviezen op te volgen, moet hij dat zeggen. Wanneer op dat punt geen overeenstemming wordt bereikt, kan de samenwerking waarschijnlijk beter worden beëindigd. De patiënt kan echter niet verplicht worden onder alle omstandigheden aan onderzoek en therapie mee te werken, dit zou in strijd zijn met het recht op zelfbeschikking.

De wijze waarop de patiënt geïnformeerd wordt, bepaalt voor een belangrijk deel de verwezenlijking van andere patiëntenrechten. Zo kan hij zonder voldoende informatie geen toestemming geven voor bepaalde handelingen. De gedachte is dat het om een doorlopend proces van communicatie en overleg gaat tussen hulpverlener en patiënt. De informatie moet objectief zijn. Het niet voldoende verstrekken van informatie door de arts kan juridisch worden beschouwd als wanprestatie. De werkgroep meent verder dat de patiënt inzage moet kunnen hebben in zijn medische gegevens en kennis moet kunnen nemen van de informatie over hem die aan de specialist wordt gegeven.[5]

4.1 Argumenten van voor- en tegenstanders van liberalisering

Argumenten van tegenstanders

Bij de tegenstanders van liberalisering van ‘euthanasie’ komen in deze periode de seculiere argumenten steeds meer op de voorgrond te staan, met name betreft dat de twijfel aan de vrijwilligheid van euthanasie en bezwaren tegen het vellen van oordelen over de kwaliteit van leven. Ook de argumenten van het respect voor het leven en van het hellend vlak blijven voor hen een rol spelen. De huidarts Van der Sluis is een van degenen die twijfels hebben ten aanzien van de vrijwilligheid. In het door hem in 1977 uitgebrachte boek *Het recht om grootmoeder te doden*[6] beschrijft hij de geschiedenis van de euthanasiebeweging

[3] Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1980.
[4] Alhoewel de commissie de uitdrukking ‘medisch contract’ prefereert boven ‘behandelingsovereenkomst’ wordt later bij de wijziging van het Burgerlijk Wetboek toch voor die tweede betiteling gekozen.
[5] Engbers 1997.
[6] In zijn woord vooraf meldt Van der Sluis dat hij nogal wat problemen heeft gehad bij het uitgeven van zijn boek. Hij verklaart deze problemen zelf doordat in deze studie iets anders staat dan het

vanaf 1870. Sedert die tijd is er in het buitenland, volgens Van der Sluis, zoiets als een ‘euthanasiastische’ stroming in de publieke opinie.[7] In Nederland is die, zo stelt hij, begonnen in 1969 met het boek van Van den Berg.

Van der Sluis, die ‘euthanasie’ definieert als: “het doden van zieken, onvolwaardigen en ouden van dagen, op grond van hun ziekte, onvolwaardigheid, of ouderdom, en al dan niet met hun instemming”[8], concludeert dat de argumenten van voor- en tegenstanders in de afgelopen eeuw opvallend weinig veranderd zijn. Daaraan doet volgens hem “het emancipatorische tintje van het recht om te sterven” dat het afgelopen decennium aan het streven naar vrijgave van ‘euthanasie’ wordt toegevoegd, niet af. Als karakteristieken van de ‘euthanasiasten’ ziet Van der Sluis dat zij vrees hebben voor een moeilijke en pijnlijke doodstrijd en angst voor aftakeling. Verder stelt hij dat zij lijden als zinloos zien en het ervaren als een onnoemelijk kostbare aangelegenheid voor de gemeenschap en de familie.

Het motief van last voor anderen dat zo’n overheersende rol speelt in de gedachten van de meeste ‘euthanasiasten’, werpt, zo meent Van der Sluis, een schaduw op de vrijwilligheid van hun ‘euthanasie’. Deze twijfel aan het vrijwillige karakter van ‘euthanasie’ is het belangrijkste punt van kritiek van Van der Sluis. Hij twijfelt er ernstig aan of ‘euthanasiasten’ de voorwaarde van de vrijwilligheid handhaven. Hij wijst erop dat het zelden gebeurt dat de leden en bestuursleden van euthanasieverenigingen op hun vingers getikt worden door andere leden als ze ‘onvrijwillige euthanasie’ verdedigen. Het komt er eenvoudig op neer - en dit vindt Van der Sluis de belangrijkste conclusie van zijn studie - dat de euthanasiebeweging, hoewel ze in eerste aanleg streeft naar legalisering of sociale aanvaarding van de vrijwillige genadedood, wordt gedragen door een brede stroom van aanhangers die ook ‘onvrijwillige euthanasie’ goedkeuren.

En er is meer, zo meent Van der Sluis. Zelfs wanneer de grote meerderheid van de ‘euthanasiasten’ werkelijk alleen maar ‘vrijwillige euthanasie’ zou willen, dan nog is het de vraag wat er in de praktijk van die vrijwilligheid terecht zal komen. Ervaring aan het ziekbed heeft geleerd, zo stelt hij, dat de zieke die weet dat zijn einde nadert, maar zelden in staat is een zo ongelooflijk moeilijke en complexe beslissing te nemen. Van der Sluis meent dat er eenvoudig nauwelijks of geen vraag is naar ‘vrijwillige euthanasie’. In zijn optiek komt de vraag om levensbeëindiging bijna altijd van de familie of van andere omstanders. Legalisering van ‘euthanasie’ komt neer op een honorering van de werkelijke vraag naar de genadedood die van de omstanders komt, en die in wezen een vraag is naar ‘onvrijwillige euthanasie’, aldus Van der Sluis.[9]

“gebruikelijke extreem genuanceerde gezever, blijk gevende van een bijna bovenmenselijke openheid en gevloeid uit de pen van een professor in een zacht of halfzacht vak” (Van der Sluis 1977: 7).

[7] De term ‘euthanasiasten’ is voor het eerst gebruikt door een redacteur van de Engelse periodiek *Spectator* in 1873 bij de bespreking van een werk, waarin ‘euthanasie’ met behulp van chloroform wordt verdedigd. In 1904 wordt de term in de Nederlandse literatuur door Pinkhof ingevoerd (Lindeboom 1979). Lindeboom verstaat onder ‘euthanasiasme’: “het streven euthanasie maatschappelijk te doen aanvaarden en tegen wettelijke sancties te doen vrijwaren, dat wil zeggen: te legaliseren” (Lindeboom 1979: zonder paginanummer [5]). Venijniger misschien is de term ‘euthanasisme’ gebruikt door Gunning (Gunning 1978: 98).

[8] Van der Sluis 1977: 9. Tot 1973, constateert Van der Sluis, zijn in Nederland in medische bladen voornamelijk negatieve reacties op ‘euthanasie’. Dit verandert bij het standpunt van de Werkgroep Euthanasie van de KNMG. Van der Sluis meent dat de KNMG anders dan de *British Medical Association*, en zonder een officieel standpunt in te nemen, toch een zekere plaats heeft ingeruimd aan het ‘euthanasiastische’ streven (Van der Sluis 1977: 66-67).

[9] Van der Sluis 1977: 69-73. In de tweede druk heeft Van der Sluis de conclusie uitgebreid en een *appendix* toegevoegd met bewijsstukken van zijn stelling dat ‘vrijwillige euthanasie’ en ‘onvrijwillige euthanasie’ door voorstanders niet uit elkaar worden gehouden. Hij vervolgt zijn conclusie nu met te

De moraaltheoloog Klijn voert twee bezwaren aan tegen ‘euthanasie’: het ene richt zich tegen de ideologie van zelfbeschikking, het andere tegen het vellen van oordelen over de kwaliteit van leven. In Klijns optiek zijn er twee mogelijkheden bij legalisering van ‘euthanasie’. De ene is dat ‘euthanasie’ rechtmatig is zonder meer omdat de patiënt het wil, de andere dat de arts moet uitmaken of het verzoek van een patiënt rechtmatig is of niet. Zijn bezwaar tegen de laatste mogelijkheid is dat dit onvermijdelijk geschiedt op basis van kwaliteitsnormen voor een zinvol bestaan. In Klijns optiek zouden er dan discussie en overeenstemming moeten komen over de vraag wat als leefbaar of zinvol gezien wordt, iets dat hij afwijst.[10]

Ten aanzien van het idee van zelfbeschikking meent Klijn dat men, wanneer men dit idee vooropstelt, zegt dat het verzoek om ‘euthanasie’ rechtmatig is omdat de patiënt het wil. Klijn merkt daarbij op dat het dan onlogisch is de beperking op te leggen van de stervensfase en de ongeneeslijke ziekte. Het verabsoluteren van de zelfbeschikking betekent, volgens Klijn,

> dat het vroeg liberalisme wordt toegepast op leven en dood. Het christelijk respect voor de echte naastenliefde is echter meer dan ‘niet hinderen’ en ‘vrij laten’. Wanneer we mensen zo vrij laten, met: je mag gaan, wordt dit een vorm van discriminatie, waardoor we mensen eenzaam maken en in de kou laten staan.[11]

Tegenstanders van levensbeëindiging op verzoek beroepen zich verder op het recht op leven en de bescherming daarvan. Lindeboom doet dit in een seculiere variant[12] en de rooms-katholieke kerk in de variant van het leven als een gave Gods.[13] De ‘heilige congregatie’ van deze kerk wijst er op dat niemand op enigerlei wijze kan toestaan dat een onschuldig menselijk wezen wordt gedood en dat het niemand geoorloofd is deze dodelijke handeling voor zichzelf of voor een ander, die aan zijn verantwoordelijkheid is toevertrouwd, te zoeken. “Geen gezag mag het hem wettelijk opleggen of toestaan want het gaat hier om een schending van de goddelijke wet, een aanslag op de waardigheid van de menselijke persoon, om een misdaad tegen het leven, een misdrijf tegen de mensheid”.[14]

---

stellen dat het zelden voorkomt dat een zieke op een geloofwaardige wijze en medisch zwaarwegende gronden zelf om zijn dood vraagt. Zijn schatting is dit het geval is in drie of vier van de duizend sterfgevallen.

> Het is een aloud medisch gebruik deze mensen, als ze echt niet anders geholpen kunnen worden, te geven wat nodig is om het bewustzijn verregaand of geheel op te heffen, ook als ze daar niet om gevraagd hebben. De dood komt dan meestal snel, waarschijnlijk sneller dan anders. Daarvoor zijn geen wetten nodig, geen verenigingen en geen ijveraar voor ‘het recht om te sterven’ (I. van der Sluis, *Het recht om grootmoeder te doden* (Amsterdam 1979 2e druk) : 72).

10 Katholieke Vereniging van Ziekeninrichtingen (KVZ) 1978: 4. Als christen wil Klijn nooit zeggen dat een leven zinloos is: “Want de diepste zin van menselijk leven, zolang het er is, reikt verder dan onze ervaring en dan datgene wat we kunnen zien” (KVZ 1978: 11).

11 KVZ 1978: 8.

12 Lindeboom 1979: 73.

13 Heilige congregatie voor de geloofsleer 1980: 802.

14 In de verklaring wordt ook nog ingegaan op de betekenis van het lijden. Men merkt daarbij op dat het niet verstandig is een heldhaftige manier van handelen als algemene norm voor te schrijven. Integendeel: men raadt voor de meeste zieken het gebruik van geneesmiddelen aan die in staat zijn pijn te lenigen of weg te nemen (Heilige congregatie voor de geloofsleer 1980: 805).

Een ander argument van tegenstanders – Van der Sluis wijst er ook op - is dat van het hellend vlak. Lindeboom brengt dit argument in relatie met het onderscheid tussen ‘actieve’ en ‘passieve euthanasie’. Hij heeft er bezwaar tegen dat voorstanders de twee wijzen van levensbekorting ethisch gesproken dezelfde waarden toekennen. In zijn optiek is de bedoeling van de morele gelijkschakeling om ‘actieve euthanasie’ meer aanvaardbaar te maken[15]:

> Eerst werd de uitdrukking passieve euthanasie op ruime schaal ingevoerd en van toepassing verklaard op een van oudsher ethisch gebillijkte, terugtrekkende houding van de arts bij het naderen van de dood. Dan werd gepoogd het principiële, zedelijke onderscheid tussen passieve en actieve euthanasie, tussen laten sterven en doen sterven, te vertroebelen of uit te wissen. Vervolgens werd het begrip actieve indirecte euthanasie ingevoerd. En ten slotte wordt getracht de gevraagde euthanasie onder bepaalde beperkingen te trekken binnen de kring van het normaal medisch handelen - iets wat gelukkig nog vele geneeskundigen, die zich geroepen weten het leven te dienen, met beslistheid afwijzen.[16]

Zelfbeschikking als kern van de definitie van euthanasie

Voorstanders van euthanasie hanteren na 1978 als hun belangrijkste argument het recht op zelfbeschikking.[17] Organisaties die ijveren voor euthanasie proberen aan dit recht vorm te geven door middel van het stimuleren van het gebruik van euthanasieverklaringen. Een tijd lang bestaan verschillende versies daarvan naast elkaar en discussieert men over de voor- en nadelen van de verschillende formuleringen.[18]

De meest invloedrijke auteur met betrekking tot het pleidooi voor ‘vrijwillige euthanasie’ op basis van het zelfbeschikkingsrecht is de gezondheidsrechtsgeleerde Leenen. Leenens bijdrage in het debat verschijnt voor het eerst in een boek over ‘euthanasie’ onder redactie

---

15 Lindeboom 1979: 29. Verder denkt hij dat de argumentatie waarmee het onderscheid wordt ontkend - iets bewust doen of iets bewust nalaten is in principe hetzelfde - zonder meer niet steekhoudend en ondeugdelijk is. Het kan “rustig, zonder veel woorden, terzijde worden geschoven”. Ook de theoloog Den Toom meent dat aan het onderscheid moet worden vastgehouden (Den Toom 1981).

16 Lindeboom 1979: 71.

17 Meestal gekoppeld aan de eis dat er sprake moet zijn van een bepaalde mate van lijden.

18 Van artsenkant uit is men huiverig voor dergelijke verklaringen. Het hoofdbestuur van de KNMG heeft de SVE laten weten niet enthousiast te zijn over de uitgave ervan (Van der Mijn 1977: 336-337). In 1978 veroorzaakt de Nationale Ziekenhuisraad enige commotie. Het College van Advies en Bijstand inzake levensbeschouwelijke aangelegenheden van deze raad stelt in een notitie dat de vraag of de Nationale Ziekenhuisraad het tot de taak van de ziekenhuizen moet rekenen levenstestamenten te aanvaarden - in de zin van in ontvangst nemen - ontkennend beantwoord moet worden. Volgens het adviescollege, en de Raad neemt dit over, zijn aan de levenstestamenten geen concrete rechtsgevolgen verbonden, kan het ziekenhuis de arts in dit opzicht geen verplichtingen opleggen en kunnen bij aanneming ongerechtvaardigde verwachtingen op inwilliging worden gewekt (Nationale Ziekenhuisraad 1978).
De jurist Schut bestrijdt deze stelling van de Nationale Ziekenhuisraad. In zijn optiek wordt de inhoud van de verklaring deel van het behandelingscontract voorzover ze niet in strijd is met de wet, openbare orde en goede zeden. Een dokter die zich er niet mee kan verenigen moet de behandeling overdragen aan een arts die dat wel doet. Ook de opvatting dat een dergelijke verklaring maar een beperkte tijd geldig is, is volgens Schut een slag in de lucht (Schut 1979: 349-354).
In de reacties op het standpunt van de Ziekenhuisraad wordt duidelijk dat er op dat moment 20.000 levenstestamenten zijn uitgegeven door de NVVE (P. Muntendam, ‘Rapport NZR euthanasie: onduidelijk en verwarrend’, *N.R.C.-Handelsblad* 11 augustus 1978).

van Muntendam.[19] Voor Leenen staat bij 'euthanasie' de waardigheid van de mens en zijn zelfbeschikkingsrecht op het spel. Zijn stelling is dat individuele grondrechten bescherming geven tegen derden - overheid en andere personen. Het is niet de bedoeling van de individuele grondrechten, aldus Leenen, het beschikkingsrecht over zichzelf te beperken. Het recht op sterven is, volgens Leenen, het scheppen van een vrijheidskring voor de mens, waarin met hem niets wordt gedaan dat een goede dood belemmert, en waarin hij zelf bepaalt of hij tot levensbeëindiging zal overgaan, respectievelijk een ander zal vragen op hem 'euthanasie' toe te passen. "Eerbied voor het leven houdt de eerbiediging in van de vrije beschikking van de mens over zichzelf".[20]

Leenen definieert 'euthanasie' als: "een opzettelijk levensverkortend handelen (inclusief nalaten) door een ander dan de betrokkene op diens verzoek".[21] Leenen acht het niet juist om elementen als stervensfase of ondraaglijk lijden op te nemen in de definitie. In Leenens definitie is het onderscheid tussen een situatie waar vrijwillig om de dood wordt gevraagd en een situatie waar ongevraagd wordt gedood essentieel. Het laatste ('onvrijwillige euthanasie') merkt Leenen aan als moord of doodslag. Dit is, zo stelt hij expliciet, een ontoelaatbare handeling. Vanuit het oogpunt van het recht en het zelfbeschikkingsrecht van de mens dient men volgens Leenen geen afwijkingen te accepteren van het beginsel dat euthanasie nimmer kan worden toegepast zonder de instemming van een ander.

Ten aanzien van het onderscheid tussen 'actieve' en 'passieve euthanasie' zijn volgens Leenen twee kwesties van belang: het verschil in doodsoorzaak en het verschil tussen handelen en nalaten. Het laatste is volgens Leenen wat betreft levensbekorting door artsen juridisch niet relevant.[22] Wel belangrijk vindt hij dat het onderscheid de werkelijkheid versluiert en zelfs gevaarlijk kan werken, doordat men het bij 'passieve euthanasie' soms niet zo nauw neemt met de vrijwilligheid.[23] Behalve euthanasie bespreekt Leenen ook wat hij noemt "de schijngestalten van euthanasie" - problemen die geen euthanasie zijn doch er op lijken. Hij noemt: het staken van een zinloze medische behandeling; indirecte euthanasie; beëindiging van de behandeling na hersendood; weigering van medische behandeling; en noodtoestand.[24]

Leenen is ervoor dat euthanasie wordt toegelaten. Dat kan het beste worden verwezenlijkt door de wet zodanig te wijzigen dat 'vrijwillige euthanasie' niet meer onder de

---

[19] Muntendam e.a. 1977. In het boek zijn naast het hoofdstuk van Leenen, bijdragen opgenomen van de ethici Heering en Beemer, van de artsen Admiraal, Van Es, Leering, Stolk en Van Zeben, van de socioloog Van Heek en van de docente psychologie voor verpleegkundigen Indewey Gerlings-Huurman. Een jaar later verschijnt van Leenen een handboek op het terrein van het gezondheidsrecht *Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Een gezondheidsrechtelijke studie* waarin hij zijn standpunt ten aanzien van euthanasie nogmaals uiteenzet. In zijn memoires schrijft Leenen dat het boek hem heel veel inspanning heeft gekost. Hij vond het buitengewoon moeilijk om zonder een voorbeeld een boek te schrijven dat op basis van het zelfbeschikkingsrecht in één kader de gezondheidsrechtelijke problemen vanaf het begin tot aan het einde van het leven zou uitwerken. Over dat zelfbeschikkingsrecht zegt hij verder dat het niet veel verschilt van het vrijheidsbegrip maar dat hij met het zelfbeschikkingsrecht meer de positieve kant en de eigen verantwoordelijkheid wilde benadrukken (Leenen 2000: 71).

[20] Leenen 1977: 77.

[21] Leenen 1977: 80.

[22] Gemotiveerd met de stelling: indien men nalaat te handelen, terwijl men dient te handelen, handelt men ook.

[23] Leenen 1977: 97-98.

[24] Onder dit laatste verstaat hij de situatie dat een arts moet kiezen voor het behandelen van een patiënt en het niet behandelen van een ander, bijvoorbeeld door tekort aan apparatuur (Leenen 1977: 122-123).

delictomschrijving van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht valt.[25] Het lijkt hem daarbij gewenst een aantal voorzieningen te treffen om verkeerde toepassing van 'vrijwillige euthanasie' te voorkomen. Daarbij denkt Leenen aan het beperken van straffeloosheid van 'vrijwillige euthanasie' tot levensbekorting, toegepast door een arts. De keuze valt op artsen omdat zij diagnose en prognose kunnen vaststellen en omdat zij beschikken over de benodigde deskundigheid. Bovendien vormen zij een categorie die onderworpen is aan het medisch tuchtrecht waardoor toetsing van handelen mogelijk is. Dat het de behandelend arts moet zijn, ziet Leenen niet als een dwingende eis. Leenen stelt ook nog een aantal procedurele vereisten: er dient een schriftelijk verzoek te zijn en wanneer dat niet mogelijk is moet het verzoek gedaan worden in aanwezigheid van een ander als getuige; het is goed wanneer een arts een andere arts consulteert[26]; en de arts moet het euthanasieverzoek en de daarbij gevolgde gedragswijze nauwkeurig documenteren. Een consequentie van een dergelijke wetswijziging is, volgens Leenen dat de verklaring van overlijden aan deze nieuwe regeling moet worden aangepast.[27]

Ook de directeur-geneesheer Buijs baseert zich op het zelfbeschikkingsrecht als hij stelt dat het eisen van levensbekorting een democratisch recht is. Als mensen met een ernstige ziekte of bij veel lijden, begeren te sterven is het, volgens hem, tirannie hen dat sterven te beletten. Hij stelt voor een aparte kamer van de rechtbank in te stellen, die zich uitsluitend bezighoudt met levensbekorting. De gemeenschap zou algemene regels moeten vaststellen, zo meent hij, waarna deze kamer in alle vrijheid zou kunnen beslissen. Anders dan andere auteurs meent Buijs dat 'euthanasie' niet door artsen moet worden uitgevoerd. Buijs stelt voor een aparte functie te creëren - een "sterfwaarder".[28]

In 1981 mengt de gereformeerde theoloog en medisch-ethicus Kuitert zich voor het eerst publiekelijk in de discussie met een boek waarin hij het recht op zelfbeschikking inzake euthanasie zowel ethisch als godsdienstig verdedigt. Euthanasie definieert hij nagenoeg identiek als Leenen: "een opzettelijk levensbekortend handelen (inclusief het opzettelijk nalaten van handelen) door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek".[29]

In Kuiterts optiek moet er noch gesproken worden van 'onvrijwillige euthanasie', noch van 'ongevraagde', noch van 'passieve', noch van 'indirecte euthanasie'. Kuitert stelt zich de vraag of een arts de behandeling mag staken en hij onderscheidt twee situaties waarin dat inderdaad mag. De eerste is dat een arts niet verplicht is tot handelingen die hem uit het oogpunt van zijn kunst als zinloos voorkomen[30] en de tweede is wanneer een patiënt daarom verzoekt. Kuitert noemt een handeling medisch zinloos wanneer er van die handeling geen resultaat is te verwachten dat het welzijn van de patiënt dient. In het idee van zinloos en zinvol medisch handelen ligt, in Kuiterts optiek, een idee over welzijn van de

---

[25] De samenleving moet uitmaken wat zij wil... en niet de euthanasiediscussie ontlopen door de arts voor het probleem te zetten een strafbaar feit te moeten begaan en dan af te wachten, of de rechter zijn handelen al dan niet materieel in overeenstemming met het recht zal verklaren. Dit schept zowel voor artsen als patiënten een grote rechtsonzekerheid (Leenen 1977: 136).

[26] Leenen twijfelt eraan of het verstandig is de eis van consultatie in de wet vast te leggen. Hij voert daarvoor drie redenen aan. De eerste is dat de medische standaard in dergelijke gevallen consult vereist en het nalaten ervan tot een tuchtrechtelijk oordeel kan leiden. Een tweede reden is dat hij bang is dat het voorschrijven van consult in bepaalde gevallen bij artsen leidt tot de *a contrario*-redenering, dat in andere gevallen aan het inroepen van consult dus niet zo zwaar behoeft te worden getild. De derde reden is dat het begrip 'consult' niet eenvoudig te omschrijven is (Leenen 1977: 144).

[27] Leenen 1977: 144-145.

[28] Buijs 1979: 373-374.

[29] Kuitert 1981: 29.

[30] Kuitert 1981: 45.

patiënt besloten en dus een idee over kwaliteit van leven. Kuitert stelt dat wanneer er niet een dergelijke maatstaf is, men overgeleverd is aan de medische techniek, die dan zelf tot maatstaf wordt. Wat dit betreft zet Kuitert zich af tegen Leenen die meent dat een arts zijn handelen alleen mag baseren op medische overwegingen en niet op overwegingen die de kwaliteit van leven betreffen. Kuitert stelt, en daarin volgt hij Leenen wel, dat een staken van behandeling uit deze twee motieven niet aangeduid moet worden met de term 'euthanasie'.[31]

Wat betreft de vraag of euthanasie moreel gerechtvaardigd is, stelt Kuitert:

> Op verzoek van de betrokkene iemand in wat we een euthanasie-situatie[32] genoemd hebben, via opzettelijk levensbekortend handelen aan een door hem gewenste zachte of milde dood helpen… is moreel geoorloofd[33]

Hij baseert zich daarbij op het recht op zelfbeschikking. In zijn optiek staat het woord 'zelf' in zelfbeschikking niet tegenover God maar tegenover anderen. Op de vraag of anderen dan wel mijzelf de vrijheid toekomt over mijn leven en dood te beschikken, is het antwoord volgens Kuitert duidelijk: "die vrijheid komt alleen mijzelf toe". Op dat recht en op de handhaving daarvan is de samenleving gebouwd. Dat recht is onaantastbaar, zowel naar de kant van het recht op leven als naar de kant van het recht op sterven.[34] In Kuiterts optiek verzet het geloof dat het leven een gave van God is, zich niet tegen het beschikken over onszelf maar tegen willekeurige, niet weloverwogen zelfbeschikking. Alleen lichtvaardig met het geschenk van het leven omgaan is een belediging van God. Het lijkt Kuitert toe dat, als iemand zeker is van het komende afbraakproces doordat hij in zijn eigen lichaam het ziekteproces voelt doorwerken op de manier die hem voorspeld is, dat het christelijk geloof géén element bevat dat hem de zelfdoding verbiedt.[35]

Samenvattend kan gesteld worden dat de tegenstanders van 'euthanasie' hun argumenten nog minder dan voorheen gebaseerd zijn op religieuze overwegingen. De winst die de voorstanders boeken is dat zij in Leenen en Kuitert twee woordvoerders van formaat hebben gekregen. Leenen en Kuitert zullen ieder een rol van belang spelen. Leenen zal zijn werkkracht met name ten dienste stellen van de rechten van de patiënt, onder andere in de in de inleiding genoemde commissie die de regering voorstellen zal doen voor wetgeving op dit gebied. Als grondlegger van het gezondheidsrecht in Nederland heeft hij vele contacten met juristen en als hoogleraar sociale geneeskunde met artsen. Kuitert speelt op een heel andere wijze een belangrijke rol. Hij geeft met grote regelmaat colleges voor artsen (in opleiding) en spreekt bij vele gelegenheden met artsen over de ethische problemen die zij ondervinden in hun werk.[36] Bij de voorstanders valt verder te constateren dat zij hun aandacht gaan verleggen naar praktische voorwaarden die aan levensbeëindiging moeten worden gesteld.

---

[31] Kuitert 1981: 57.

[32] Het gaat hierbij om situaties van ondraaglijk lijden, van een langgerekte stervensfase, van uitputting door ouderdom en/of slijtage en dergelijke (Kuitert 1981: 30).

[33] Kuitert 1981: 59. Als voorwaarden stelt hij naast het verzoek, dat alleen een arts de handeling mag verrichten en dat er een plicht tot registratie wordt ingesteld (Kuitert 1981: 66-67).

[34] Kuitert 1981: 69.

[35] Kuitert 1981: 85.

[36] Uit het – nog niet gepubliceerde - onderzoek van T. van der Ploeg naar de totstandkoming van regulering van het medisch handelen rondom het levenseinde op neonatologieafdelingen blijkt Kuiterts grote rol op dit terrein.

4.2 Standpunten van politieke partijen

In 1978 heeft de Tweede Kamer - zoals gezien in paragraaf 3.6 - een motie aangenomen waarin gevraagd wordt om het instellen van een staatscommissie. Staatssecretaris Veder-Smit zegt toe de motie te zullen uitvoeren.[37] Haex, de voorzitter van de Gezondheidsraad, tekent protest aan tegen het passeren van de raad[38] met als resultaat dat Veder-Smit de Gezondheidsraad op 9 oktober 1979 verzoekt om, zo mogelijk binnen een jaar, een nader advies te geven inzake 'euthanasie'. De staatssecretaris vraagt om "bouwstenen... die het mogelijk maken de taakomschrijving van een in te stellen Staatscommissie Euthanasie concreet te formuleren".[39]

Uit een onderzoek van Hilhorst c.s. in 1977 blijkt dat politieke partijen tot dan nauwelijks aandacht besteden aan 'euthanasie'. Hilhorst heeft de verkiezingsprogramma's van dat jaar geanalyseerd en ter aanvulling heeft hij besturen van politieke partijen schriftelijk ondervraagd en interviews gehouden met een aantal kamerleden.[40] Uit zijn overzicht blijkt dat slechts een klein deel van de politieke partijen een duidelijk standpunt heeft over 'actieve euthanasie' (CDA, SGP, GPV en PSP).[41] Drie van deze vier partijen wijzen 'actieve euthanasie' af (CDA, SGP, GPV). De PSP is op dat moment de enige partij die een wettelijke regeling wenst die 'vrijwillige euthanasie' mogelijk maakt.[42] Over 'passieve euthanasie' hebben meer partijen een opvatting. Eén partij (PvdA) beschouwt het als acceptabel, drie partijen wijzen het niet zonder meer af (D'66, CDA en GPV[43]) en één ziet 'passieve euthanasie' als onacceptabel (SGP). De overige partijen (VVD, DS'70, PPR, CPN, BP) hebben op dat moment hun standpunt over 'euthanasie' nog niet bepaald.[44]

Hilhorst c.s. hebben ook gekeken naar de argumenten van de verschillende partijen en komen daarbij tot een tweedeling. Sommige partijen beargumenteren hun standpunt met een beroep op het zelfbeschikkingsrecht en op persoonlijke verantwoordelijkheid (PvdA, D'66, DS'70, PPR en PSP). De christelijke partijen (CDA, SGP en GPV) legitimeren hun standpunt door te wijzen op hun visie op het leven "als een gave Gods" en de beschermwaardigheid van het leven.

Vanaf 1979 gaan politieke parijen – met name CDA, PPR, PvdA en VVD – ook zelf rapporten samenstellen over levensbeëindiging op verzoek. [45] De partijen die nu onder de noemer CDA

---

37 *Handelingen Tweede Kamer 1978-1979*: 1042.

38 Rigter 1992: 292.

39 Gezondheidsraad 1982: 1.

40 De gegevens zijn vastgelegd in Hilhorst, De Jong en Smulders 1978. Een samenvatting is te vinden in H.W.A. Hilhorst, 'Euthanasie in de Nederlandse politiek. Een standpuntenanalyse', *Intermediair* 1979, nr. 44: 37-44.

41 Er wordt alleen onderscheid gemaakt tussen 'actieve' en 'passieve euthanasie'.

42 Het CDA wijst 'actieve euthanasie' principieel af en SGP en GPV zijn tegen elke vorm van 'euthanasie'. Bij navraag van Hilhorst bij het partijbestuur van het GPV wordt duidelijk dat zij het staken van behandeling in sommige gevallen toelaatbaar vinden, maar in dit verband gebruikt het GPV liever niet de term 'passieve euthanasie'.

43 Dit wordt geconcludeerd op basis van bovengenoemde opmerking van het partijbestuur.

44 Hilhorst merkt op dat de geïnterviewde kamerleden vaak duidelijker zijn in hun uitspraken dan de programma's of de uitspraken van de partijbesturen. Een voorbeeld is het kamerlid van de PvdA (uit de tekst is af te leiden dat het hier waarschijnlijk gaat om het kamerlid Voogd). Deze parlementariër is van mening dat artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht veranderd moet worden.

45 Het gaat hierbij om een rapport van de wetenschappelijke bureaus van KVP, ARP en CHU gezamenlijk (1979), van de PPR (1979), van de PvdA (1980) en van de VVD (circa 1981). In 1979 vraagt de NVVE het Buro Lagendijk om een publieksenquête af te nemen. Uit dat onderzoek blijkt dat ruim de helft van de ondervraagden (56%) vindt dat er zowel actief als passief levensbekortend mag

een federatie vormen, stellen zich het meest terughoudend op. De commissie van het CDA beperkt de behandeling van het 'euthanasievraagstuk' tot de patiënten die zich in de stervensfase bevinden. Levensbekortend handelen in de zin van 'indirecte' en/of 'passieve euthanasie' kan een onderdeel zijn van een goede stervensbegeleiding en valt in de optiek van de samenstellers van het rapport niet onder artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht. De auteurs stellen een aantal voorwaarden aan zorgvuldig handelen bij deze vormen van levensbekorting: overleg met een andere arts; zo mogelijk verplegend personeel betrekken bij het besluit; en nauwkeurige verslaglegging. 'Directe actieve euthanasie' behoort, volgens de auteurs, niet tot een goede stervensbegeleiding. Slechts in uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat het ondraaglijk lijden zo groot is, dat het slechts bestreden kan worden met maatregelen, die de dood van de patiënt in versneld tempo ten gevolge hebben. Het is dan niet uitgesloten dat toetsing van deze handelwijze in de rechtspraak zou kunnen leiden tot een niet-strafbaarheid, omdat voldaan is aan een van de rechtvaardigings- of strafuitsluitingsgronden, zo meent de commissie. De commissie is – omwille van de beschermwaardigheid van het menselijk leven - eenstemmig over het niet wijzigen van de bestaande wetgeving.[46]

De werkgroepen van respectievelijk PPR[47], PvdA[48] en VVD[49] leggen in de door hen gehanteerde definities van euthanasie de nadruk op het verzoek van de patiënt. Zelfbeschikking en de beschermwaardigheid van het leven zijn bij hen de dragende beginselen ten aanzien van levensbeëindiging. De VVD-werkgroep onderstreept daarnaast de verantwoordelijkheid voor de gemeenschap en het respect dat mensen moeten hebben voor elkaars diepste overtuigingen. Alledrie de werkgroepen denken dat op den duur wetswijziging zal moeten plaatsvinden. De werkgroepen van PPR en PvdA zijn er duidelijk over dat ze eerst willen wachten op het rapport van de nog in te stellen staatscommissie.

De drie werkgroepen denken ook al vast na over de verschillende inhoudelijke en procedurele eisen die ze willen stellen aan straffeloze levensbeëindiging op verzoek. De PPR-werkgroep meent dat euthanasie alleen onder verantwoordelijkheid van een arts mag worden toegepast; dat er een schriftelijk verzoek moet zijn of anders een getuige van het verzoek; dat de arts nauwkeurig verslag moet doen en dat een arts die gewetensbezwaren heeft de patiënt moet doorverwijzen. De werkgroep van de PvdA onderschrijft de opvatting dat euthanasie dient te geschieden door een arts. Deze partij meent dat actieve levensbeëindiging alleen is toegestaan in de stervensfase. De patiënt moet onverbloemd en duidelijk de wil tot levensbeëindiging te verstaan hebben gegeven. De werkgroep van de VVD, die de vereisten formuleert vanuit het perspectief van de arts, stelt dat de arts moet nagaan of de patiënt in vrijheid een weloverwogen besluit genomen heeft. De werkgroep onderstreept de vereisten dat het een arts moet zijn die de verantwoordelijkheid voor de euthanasie draagt, dat er bewijs is voor het verzoek en dat de arts die geen euthanasie wil toepassen de patiënt naar een ander moet verwijzen. [50]

---

worden ingegrepen als het gaat om mensen die ongeneeslijk lijden. Instemming met 'passieve' maar niet met 'actieve euthanasie' betuigt 19%. Tot de tegenstanders van iedere vorm van 'euthanasie' moet 23% van de bevolking gerekend worden (NVVE 1980 *Meningen*).

46 Schroten e.a. 1979.

47 PPR, themagroep Welzijn, werkgroep Gezondheidszorg, subgroep Euthanasie 1979.

48 PvdA Werkgroep Euthanasie van het Centrum voor levensbeschouwing en politiek, uitgaande van de Partij van de Arbeid 1980.

49 VVD Werkgroep Euthanasie 1981.

50 Ook binnen D'66 wordt over het onderwerp gediscussieerd. Wessel-Tuinstra bekritiseert in een artikel in de krant de uitstelpolitiek van de regering. Zij wil dat er maatschappelijke controle komt op het medisch handelen en wijst op de ontwikkeling van de patiënten "naar mondigheid, naar nadruk op en erkenning van individuele verantwoordelijkheid". Zij pleit voor wetgeving ten aanzien van

De activiteiten van politieke partijen krijgen voorlopig nog geen concrete vorm. In januari 1980 laat minister De Ruiter in de Tweede Kamer weten dat er op korte termijn geen wettelijke regeling of richtlijn voor 'euthanasie' zal komen.[51]

4.3 Belangstelling voor suïcide

Vanaf halverwege de jaren zeventig neemt de - wetenschappelijke - belangstelling voor zelfdoding in Nederland toe.[52] Een teken daarvan is het verschijnen van boeken over dat onderwerp[53] waarbij drie auteurs een hoofdrol spelen: de hoogleraar sociale psychiatrie Speijer, de psychiater Van Tol en de psycholoog Diekstra.[54]

Het verband tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding is niet voor alle genoemde auteurs vanzelfsprekend. Speijer stelde eerder dat het vraagstuk van de 'euthanasie' – "de vraag om hulp bij het sterven en alles wat dat impliceert (het medisch zorgen voor een zachte dood, ofwel het doden uit medelijden)..." - niet thuishoort in zijn boek over het zelfmoordvraagstuk.[55] Van Tol en Diekstra daarentegen zijn van mening dat er grote overeenkomsten zijn tussen zelfdoding en euthanasie. Het aanduiden van alle vormen van zorgvuldig overwogen zelfdoding als vormen van 'vrijwillige euthanasie' is in Van Tols ogen consequenter dan "de huidige dubbele moraal" welke iemand die, na zorgvuldige afweging, zijn leven beëindigt, omdat het voor hem ondraaglijk en zinloos is geworden, bestempelt met 'zelfmoordenaar', terwijl diegene die opgeeft en sterft, al dan niet na de dokter verzocht

---

patiëntenrechten. Zij maakt melding van een interne discussie over 'euthanasie' die neigt in de richting van het opnemen van een strafuitsluitingsgrond in artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht. "Hulp bij euthanasie dient niet strafbaar te zijn indien aan de volgende voorwaarden is voldaan: - de hulp wordt door een arts gegeven; - de euthanasie vindt plaats op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt;- de patiënt bevindt zich in de laatste fase van zijn leven" (E. Wessel-Tuinstra, 'Debat over de goede dood en de wetgeving moet duren', *NRC-Handelsblad* 28 januari 1980).

51 Wel kondigt hij aan dat hij tot haast zal aanzetten wat betreft de staatscommissie.

52 Een van de redenen daarvoor is de toename van het aantal suïcides en de pogingen daartoe (Jasperse 1975: 325). Deze stijging wordt geconstateerd in het *Jaarverslag Geneeskundige Hoofdinspectie Geestelijk Volksgezondheid 1975/76*. Informatie over suïcide is onder andere verkregen door een nationaal zelfmoordonderzoek geïnitieerd door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid in 1970 en uitgevoerd onder leiding van de hoogleraren Kruijt en Speijer (vermeld in *Medisch Contact* 1970: 953).

53 Een ander teken zijn symposia zoals dat van het Humanistisch Verbond op 18 en 19 december te Woudschoten. Sprekers zijn onder andere de actvisten voor 'vrijwillige euthanasie' Sybrandy, Ekelmans en Van Till (*MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1981: 251-259).

54 Publicaties van hen op dit terrein zijn: N. Speijer, *Beschouwingen over het zelfmoordvraagstuk* ('s-Gravenhage 1966); N. Speijer, *Het zelfmoordprobleem. Een samenhangend overzicht van de verschillende aspecten van de zelfmoord* (Arnhem 1969); D. van Tol, 'De stervende mens en euthanasie' in Faber 1971; 'Zelfmoord in de wereld van morgen' en ' De zachte dood' in Van der Wolk 1975; D. van Tol, *De dood als keuze. Psychologische beschouwingen over zelfmoord en euthanasie verhelderd met voorbeelden uit de letterkunde* (Meppel 1977); R.F.W. Diekstra, *Crisis en gedragskeuze. Een theoretische en empirische bijdrage tot het zelfmoordprobleem* (Meppel 1973); R.F.W. Diekstra en A.C.J.M. van Ervan e.a., *Denken over en aan zelfmoord. Een onderzoek naar voorkomen van en opvattingen over suïcidaal gedrag onder het publiek* (Nijmegen 1977), R.F.W. Diekstra, *Over suïcide. Zelfdestructie, zelfbehoud en hulpverlening* (Alphen a.d. Rijn en Brussel 1981). Andere publicaties zijn onder andere speciale nummers over hulp bij zelfdoding van het *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* in 1981 en van *Wijsgerig Perspectief* in 1982.

55 Speijer 1969: 93. Heerma van Voss is dezelfde mening toegedaan (Heerma van Voss 1981: 298).

te hebben om alle therapie te staken, aanspraak mag maken “op het zoveel meer begrip vindende etiket van de euthanasie” .[56]

Ook binnen de organisaties die ijveren voor de mogelijkheid van euthanasie is er belangstelling voor zelfdoding.[57] Zowel de NVVE als de SVE brengt in 1980 over dat thema een rapport uit waaraan de drie genoemde auteurs een bijdrage leveren.

SVE

De SVE spreekt in haar rapport de mening uit dat er criteria moeten worden gezocht om de werkelijk gemeende vraag om euthanasie, respectievelijk om hulp voor zachte zelfdoding, te scheiden van de niet werkelijk gemeende vraag. De commissie is van mening dat de wens van iemand die, na informatie en afweging, vanuit een onverbeterbare en voor hem ondragelijke situatie vrijwillig hulp bij balanszelfdoding vraagt, respectvolle aandacht verdient. Alvorens het geven van stervenshulp in overweging wordt genomen dienen, zo meent de commissie, depressief makende lichamelijke ziekten worden behandeld en voorzover mogelijk worden uitgesloten. Het besluit tot stervenshulp mag als regel niet door één persoon alleen worden genomen. Verder stelt de SVE dat iemand, die nog zelfdoding kan uitvoeren, niet om stervenshulp door middel van euthanasie behoort te vragen, maar om hulp voor zachte zelfdoding.[58]

Voorwaarden voor toelaatbare “tempoversnellende stervenshulp” zijn: er is sprake van een werkelijk gemeende vraag; de hulpvrager is geïnformeerd omtrent zijn situatie; het verzoek is weloverwogen gedaan; er is sprake van een blijvende ondraaglijke situatie voor de hulpvrager; deze vraagt vrijwillig en volhardend om stervenshulp; de hulp wordt gegeven door een arts; en er is voorafgaand aan de hulp consult en onderzoek geweest.[59]

NVVE

De NVVE heeft na de Commissie Wetgeving een werkgroep in het leven geroepen die het probleem van de zelfdoding bestudeert. Deze commissie, onder leiding van Speijer[60], blijkt

---

56 D. van Tol 1977: 144. Van Tol onderscheidt verschillende vormen van suïcides waarvan er in zijn optiek één – de zelfdoding als weloverwogen keuze - veel overeenkomsten vertoont met euthanasie. Hij meent dan ook dat bepaalde vormen van zelfdoding die met ‘zelfmoord’ worden aangeduid, in feite vormen van ‘vrijwillige euthanasie’ zijn (Van Tol 1977: 143-144). Later schrijft Van Tol een boek over de ‘balanssuïcide’ . Hij definieert die als “synoniem van zelfeuthanasie”, als “het weloverwogen beëindigen van onaanvaardbaar of als zinloos ervaren leven door de autonome mens, de mens die qua geestesgesteldheid in alle opzichten in staat wordt geacht de eigen psychische en sociale situatie en de maatschappelijke gevolgen van de zelfdoding in aanvaardbare mate te overzien” (Van Tol 1985: 147).

57 De Commissie Wetgeving van de NVVE – zie daarvoor paragraaf 3.6 – achtte hulp bij zelfdoding toelaatbaar maar meende buiten haar opdracht te gaan als ze dat onderwerp tegelijkertijd met euthanasie bestudeerde.

58 SVE 1980: 60.

59 SVE 1980: 60.

60 Leden zijn: P.J.W. de Brauw (jurist), R.F.W. Diekstra (psycholoog), I.E. Klopper-Gerretsen (jurist), W.J. Schudel (psychiater), N. Speijer (psychiater) en H.M. Terborgh-Dupuis (ethicus). De opdracht van de commissie is 1. Het situeren van de zelfdoding en de poging tot zelfdoding ten opzichte van ‘vrijwillige euthanasie’, met name in aansluiting op het rapport van de Adviescommissie Wetgeving betreffende Toelaatbare Euthanasie, en het inventariseren van het vraagstuk in het kader van deze context; 2. De beantwoording van de vraag onder welke omstandigheden en voorwaarden en in welke mate hulp bij zelfdoding naar geldend recht mag en naar toekomstig recht behoort, te kunnen worden verleend, in het bijzonder door een arts en/of middels door een arts voor te schrijven medicatie, dan wel door een ander of op andere wijze; 3. De wenselijke en/of benodigde wettelijke en/of buiten wettelijke regelingen van de (hulp bij) zelfdoding.

van mening te zijn dat het "tegenwoordig algemeen aanvaard streven naar een menswaardig sterven" ook voor de zelfdoding zou moeten gelden. Het plegen van suïcide op menswaardige wijze is in een aantal omstandigheden slechts met behulp van anderen mogelijk en dat betekent dat de strafsanctie van artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht de humanisering van de suïcide tegenhoudt en in ieder geval beperkt. De commissie ziet het derhalve als haar taak te onderzoeken of, en in hoeverre, deze beperking moet worden opgeheven. Het standpunt van de commissie - de mens mag in principe zelf het tijdstip bepalen waarop hij zijn leven wil beëindigen - impliceert dat hij zelf de verantwoordelijkheid voor zijn levenseinde op zich neemt en dat hij de levensbeëindigende handeling zo mogelijk zelf verricht. Voorzover hij hulp van anderen daarbij wenst, dient aan de uitvoering van die hulp voorwaarden gesteld te worden.[61]

De commissie beschrijft de verschillen en overeenkomsten tussen euthanasie en hulp bij suïcide. Bij euthanasie is cruciaal, zo meent de commissie, dat de patiënt min of meer aan het einde van zijn leven is gekomen. Het gaat dan om een verhaasting of versnelling van een dood, die binnen afzienbare tijd te verwachten is. Bij suïcide is in het algemeen geen sprake van een terminaal stadium van een ziekte. Maar de overeenkomst met euthanasie is dat ook in deze situatie sprake is van een hulpverlener, van een ander. Bij euthanasie is die hulpverlener vanzelfsprekend voorhanden - de behandelend arts - bij hulp bij zelfdoding is dit minder vanzelfsprekend het geval. Een tweede verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding berust in de activiteit van de hulpvrager. Een mogelijke overeenkomst is te vinden in de aard van het lijden. Bij euthanasie denkt men meestal aan ondraaglijk somatisch lijden maar ook ondraaglijk geestelijk lijden - de angst voor aftakeling, ontluistering en pijn - speelt daar een rol als motief. Bij zelfdoding zal in veel gevallen van een ondraaglijk geestelijk lijden sprake zijn.[62]

De commissie stelt de volgende voorwaarden aan hulp bij zelfdoding: er is sprake van een vrijwillig wilsbesluit; de persoon in kwestie is wilsbekwaam; er is sprake van ondraaglijk en duurzaam lijden, met daarbij geen redelijk uitzicht op herstel; de persoon in kwestie verlangt duurzaam naar de dood; er wordt hulp gegeven aan nabestaanden. Wat betreft de beoordelingsprocedure merkt de werkgroep op dat het van belang is dat er overleg en consultatie met anderen is; dat de benaderde hulpverlener duidelijk is over zijn houding ten opzichte van de gevraagde hulp; dat de hulpverlener geen stappen onderneemt die de rechten van de hulpvrager schenden; dat de hulpverlener op een zodanig zorgvuldige wijze te werk gaat dat er toetsing van zijn handelwijze door juridische of beroepskundige instanties achteraf goed mogelijk is; dat er gezorgd wordt voor een geschikt euthanaticum, dat bij voorkeur via de mond kan worden ingenomen; en dat ervoor gezorgd wordt dat het euthanaticum gebruikt wordt voor het doel waarvoor het verstrekt is.[63]

De commissie is van mening dat er een zodanige wettelijke regeling dient te komen dat de hulpverlener, die aan de door de commissie eerder geschetste voorwaarden voor hulpverlening voldoet, niet door anderen kan worden aangesproken op zijn daad. Toetsing achteraf, zowel juridisch als op professionele gronden, moet mogelijk zijn. Het lijkt de

---

[61] NVVE 1980 *Suïcide*: 5-9.

[62] NVVE 1980 *Suïcide*: 11-15.

[63] NVVE 1980 *Suïcide*: 15-21. Speijer en Diekstra verwoorden in grote lijnen dezelfde vereisten. Zij voegen eraan toe dat anderen door de gevolgen van de uit te voeren zelfdoding niet nodeloos worden gedupeerd (Speijer en Diekstra 1980: 123). Zij wijzen erop dat zij niet stellen dat de hulpverlener een medicus moet zijn. Volgens hen is het zowel principieel als praktisch moeilijk verdedigbaar dat alleen een medicus hulp bij zelfdoding zou mogen verstrekken. Wel is het zo dat, in het geval van een niet-medische hulpverlener consult aangevraagd moet worden bij een medicus en dat een medicus de gevraagde middelen moet verstrekken (Speijer en Diekstra 1980: 125-126).

commissie aangewezen op korte termijn te denken aan de installatie van een landelijk team tot wie personen die overwegen hun leven te beëindigen, zich rechtstreeks of via een hulpverlener kunnen wenden. Dit team[64] heeft als taak het verzoek te beoordelen en indien het positief beslist, de hulp te verlenen. Op basis van de ervaringen van het team kan dan na verloop van tijd worden nagegaan in hoeverre het installeren van meerdere teams, bijvoorbeeld regionaal, gewenst en mogelijk is.[65]

De commissie pleit niet voor volledige afschaffing van de hulp bij zelfdoding in artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht maar tot wijziging ervan. Zij voert daarvoor drie argumenten aan: er gaat van het artikel een zekere preventieve werking uit wat betreft het hulp bieden bij overhaaste, ondoordachte zelfdodingen - een werking die de commissie wil handhaven; het is een gemeenschapsbelang om onnodige schending van gevoelens te voorkomen; het opheffen van de strafbepaling kan - zelfs al zouden de beweegredenen daarvoor duidelijk zijn bij het publiek - de indruk wekken van veel grotere vrijheid dan de commissie zou willen. De commissie beveelt dan ook aan artikel 294 in zijn huidige vorm te handhaven - met dien verstande dat de commissie wel ervoor pleit daarin het woord ‘zelfmoord’ door het woord ‘zelfdoding’ te vervangen en daaraan een bepaling toe te voegen - hetzij als tweede lid, hetzij in de vorm van een afzonderlijk artikel - die onder bepaalde voorwaarden straffeloosheid waarborgt.[66]

Terwijl de NVVE-commissie aan het werk is, steekt binnen de organisatie de discussie op of de vereniging een handleiding moet publiceren waarin ‘doe-het-zelfmethoden’ voor suïcide worden uiteengezet. De aanleiding daartoe is dat de Schotse euthanasievereniging een dergelijke uitgave voorbereidt. Het bestuur van de vereniging is niet bereid daartoe over te gaan, onder andere omdat men vindt dat de informatie in het boekje niet deugdelijk is.[67] NVVE-leden die wel wat voor een dergelijke publicatie voelen, zijn teleurgesteld door het rapport van de commissie Speijer.[68]

Het verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding dat de NVVE maakt, is dus anders dan dat van de SVE. Waar de laatste het eigenlijk heeft over twee verschillende wijzen van uitvoering van de levensbeëindiging, meent de eerste dat het bij euthanasie om een heel andere groep patiënten gaat dan bij hulp bij zelfdoding. De vraag waar de NVVE voor komt te staan is of ze ook een taak heeft voor die laatste groep, waarbij men veelal denkt aan mensen met een ernstig psychisch lijden en mensen met chronische ziekten waaraan men niet snel dood gaat. In het volgende hoofdstuk zal blijken dat de NVVE voorlopig van mening is dat ze haar aandacht niet moet richten op die laatste groep. Het afwijzend staan tegenover de ‘doe-het-zelfmethoden’ ligt in het verlengde van die opvatting.

---

64 Speijer en Diekstra spreken in dit verband van ‘vertrouwensartsen’ en Diekstra 1981 van ‘toetsingscommissies’. Diekstra stelt dat zo'n commissie niet van overheidswege in het leven geroepen zou moeten worden, maar door organisaties en groeperingen uit de samenleving zelf, zoals de euthanasievereniging en beroepsorganisaties als de KNMG.

65 NVVE 1980 *Suïcide*: 21.

66 NVVE 1980 *Suïcide*: 30.

67 Th. (vermoedelijk Indewey-Gerlings)1980: 9.

68 Zij klagen er over dat aan leken middelen worden onthouden waaraan artsen wel kunnen komen. De vrijwillige dood van Speijer - samen met zijn vrouw – geeft extra voeding aan deze klacht (Engers 1981: 9).

4.4 Euthanasie in de praktijk

In 1975 vertolkte de hoogleraar sociologie Van Heek de mening dat een verkennende studie naar de maatschappelijke achtergrond van de sociale factoren die de toepassing van de 'actieve euthanasie' bevorderen of bemoeilijken, relevant zou kunnen zijn.[69] Hij wees erop dat exacte gegevens ontbraken omtrent zaken als de frequentie waarin 'actieve euthanasie' door de patiënt wordt gewenst, en de houding van artsen en publiek ten opzichte van 'euthanasie'. Hij dacht dat een dergelijk onderzoek en onderzoek naar meer algemene sociologische kwesties in verband met het vraagstuk van de levensbeëindiging, gewenst zou zijn.

Een onderzoek in verpleeghuizen

De vakgroep Kultuursociologie van de Rijksuniversiteit Utrecht – en met name de socioloog Hilhorst – neemt de handschoen op wat betreft de kwalitatieve gegevens. Hilhorst verricht samen met een andere socioloog - Verhoef - onder andere onderzoek in twee verpleeghuizen.[70] Een van de conclusies van het rapport is dat weinig of nooit op directe, expliciete wijze gesproken wordt over 'euthanasie'. 'Euthanasie' is, volgens de onderzoekers, in verpleeghuizen een taboeonderwerp.[71] De meeste personeelsleden zijn tegen actieve levensbeëindiging en sommigen keuren ook 'passieve euthanasie' af. Artsen neigen in het algemeen naar een wat meer toegeeflijker houding tegenover levensbekorting dan de verpleging. In die gevallen waar 'euthanasie' - actieve en passieve - wordt toegepast, ziet men het vaak als een noodzakelijke en gerechtvaardigde noodmaatregel in het kader van pijnbestrijding. Wat onder 'passieve euthanasie' wordt verstaan is niet altijd duidelijk. Soms wordt ook het toedienen van pijnstillende middelen met levensbekortend effect als zodanig aangeduid. In dit onderzoek blijkt dat de wijze waarop pijnbestrijding met dodelijk neveneffect aangeduid wordt tamelijk verwarrend is. De term 'indirecte euthanasie' valt niet. Sommigen duiden het, zoals gezegd, aan als 'passieve euthanasie', anderen menen dat het helemaal geen euthanasie is maar normaal medisch handelen en weer anderen zeggen dat strikt doorredenerend de conclusie moet zijn dat het hier om 'actieve euthanasie' gaat.[72]

Wat betreft het verzoek om levensbeëindiging, schrijven Verhoef en Hilhorst dat patiënten regelmatig om de dood vragen, maar niet om 'euthanasie'. Het komt ook regelmatig voor dat familie zich tot de verpleging of tot de behandelend arts richt, met het verzoek in te grijpen in de toestand van de patiënt of een spuitje te geven. Een enkele keer wordt een voorstel tot het toepassen van 'euthanasie' gedaan door de behandelend arts of - zeldzamer - door de verpleging.[73]

Het besluit tot levensbekortend handelen wordt, volgens Verhoef en Hilhorst, genomen in een discussie die uitsluitend medisch gericht is.[74] De vraag staat centraal wat medisch gezien voor de patiënt nog mogelijk is en er wordt veel minder rekening gehouden met de wensen van de patiënt. Beslissingen komen per ziektegeval tot stand, waarbij soms sprake

---

69 Van Heek 1975: 14. Een standpunt dat hij in 1977 herhaalt in het boek van Muntendam.

70 Later komen daar nog interviews bij met mensen, met name artsen en verpleegkundigen, die in ziekenhuizen werken. Dat onderzoek wordt in paragraaf 5.4 weergegeven.

71 Verhoef en Hilhorst 1981: 71.

72 Verhoef en Hilhorst 1981: 49.

73 Verhoef en Hilhorst 1981: 51-53.

74 Veel beslissingen hebben te maken met pijnbestrijding. Daarnaast zijn er echter ook de beslissingen rond het al dan niet toedienen van vocht en voedsel en het niet meer behandelen van de patiënt. Deze laatste vormen zijn, hoewel even moeilijk, vaak minder beladen dan het toedienen van morfine, omdat de motieven van het handelen veelal duidelijker zijn (Verhoef en Hilhorst 1981: 55-56).

is van een overlegsituatie, andere keren van een noodzaak acuut en *ad hoc* te handelen, waarbij nogal eens fricties en fouten voorkomen.[75]

Een andere constatering van de onderzoekers is dat 'euthanasie' - zowel in passieve vorm maar ook in meer actieve vorm – wel eens wordt toegepast in het verpleeghuis. Exacte gegevens of cijfers bestaan hierover niet en zullen ook moeilijk te verkrijgen zijn. Hilhorst en Verhoef pleiten voor meer onderzoek in meer verschillende situaties zoals ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en psychiatrische instellingen.[76]

Kwantitatieve gegevens

Kwantitatieve gegevens van huisartsen over 'euthanasie' worden vanaf 1976 verkregen door de zogenaamde Continue Morbiditeits Registratie Peilstations. Aan de 'peilstation-artsen' worden formulieren toegezonden met het verzoek daarop een aantal gegevens te vermelden. Een van de vragen is of hun in het voorgaande jaar door een patiënt zelf de vraag gesteld is 'actieve euthanasie' - hetzij direct, hetzij indirect - toe te passen en zo ja, wat daartoe de aanleiding is geweest. Tevens wordt gevraagd naar leeftijd, geslacht, aanwezige ziekte, plaats van verpleging of verzorging en het al dan niet gebruik maken van een euthanasieverklaring. De cijfers ten aanzien van verzoeken in de praktijk van 60 huisartsen om 'euthanasie' zijn respectievelijk: 1976: 15; 1977: 9; 1978: 10; 1979: 28; 1980: 22; 1981: 30. Bij de 30 verzoeken in 1981 betreft het vijf maal een vraag om 'indirecte euthanasie' en 25 maal om 'directe euthanasie'. De bevindingen generaliserend, kan men grofweg concluderen dat een huisarts eens per twee jaar zal worden geconfronteerd met een verzoek om toepassing van 'euthanasie'.[77]

De bijdragen van Admiraal en Spreeuwenberg

Om de praktijk van de levensbeëindiging te verbeteren brengt de NVVE eind 1980 begin 1981 de brochure *Verantwoorde euthanasie* uit die is geschreven door de anesthesioloog Admiraal.[78] In het voorwoord schrijft de voorzitter van de NVVE - Ekelmans - dat gebleken is dat binnen de opleiding van artsen en in de vakliteratuur voor artsen geen of weinig aandacht wordt besteed aan de praktische toepassing van 'euthanasie'. Dit heeft als gevolg dat de patiënt onvoldoende verzekerd is van deskundige stervenshulp in de vorm van 'euthanasie'. De brochure is bedoeld om in deze leemte te voorzien.[79]

Admiraals uitgangspunt in de brochure is dat de snelheid van het intreden van de dood invloed heeft op het al dan niet milde karakter van de dood. Hij is de mening toegedaan

---

75 Verhoef en Hilhorst 1981: 55-58.

76 Verhoef en Hilhorst 1981: 78.

77 *Medisch Contact* 1982: 1653. Cijfers over het aantal malen dat 'euthanasie' is toegepast worden in dit onderzoek niet gegeven. Schuurmans Stekhoven en mevrouw Sybrandy zijn ervan overtuigd dat het om grote aantallen moet gaan. Zij denken dat in de praktijk 'euthanasie' in Nederland massaal wordt toegepast (*Trouw* 25 januari 1980). Ook de anesthesioloog Admiraal komt op hoge aantallen uit. Hij meent dat in Nederland dagelijks 'euthanasie' wordt toegepast (*Trouw* 26 januari 1980).

78 Admiraal 1980. De brochure is toegezonden aan 19.000 artsen en aan 2.100 apothekers. Bovendien bestellen 10.000 particulieren de brochure. In 1981 wordt gezien de grote belangstelling uit het buitenland ook een Engelstalige uitgave gedrukt. Van de geadresseerden hebben er 33 de brochure als ongewenst retour gestuurd en 2650 artsen en apothekers hebben de brochure betaald (Admiraal 1982: 595).

79 Admiraal schrijft gaarne aan het verzoek van de NVVE te hebben voldaan, onder andere omdat zijn bijdrage in het boek van Muntendam 1977 over toepassing van 'euthanasie' voor veel collegae aanleiding geweest is om contact met hem te zoeken voor nadere inlichtingen of het bespreken van ervaringen (Admiraal 1980: 5).

dat, als voorwaarde bij toepassing van 'euthanasie' geldt dat de levensbeëindiging zodanig wordt toegepast dat de patiënt in een diep coma geraakt en dat de dood niet lang op zich laat wachten. Hij omschrijft 'euthanasie' dan ook als: "een zodanig opzettelijk levens verkortend of een opzettelijk nalaten van levens verlengende handelen bij een ongeneeslijke patiënt in diens belang, dat een snelle, milde dood daarvan het gevolg is".[80]

De brochure bestaat voornamelijk uit een overzicht van bij levensbeëindiging te gebruiken middelen, te weten barbituraten, curare-achtige middelen, morfine en insuline. Per middel bespreekt Admiraal het te verwachten effect, de tijdsduur die kan verlopen tussen het moment van toedienen en het overlijden, de handelsvorm, de houdbaarheid, de dosering en de toediening.

Admiraal spreekt ook zijn eigen voorkeur uit wat betreft methodes van 'actieve euthanasie'. Op de eerste plaats prefereert hij het door de patiënt zelf innemen van een voldoende grote dosis barbituraat, eventueel gecombineerd met alcohol of een tranquillizer; op de tweede plaats het toedienen van de combinatie barbituraat-curare door een arts.[81]

In 1982 schrijft Admiraal dat er erg veel reacties zijn geweest op de brochure en dat een klein deel daarvan negatief is.[82] De kritiek spitst zich toe op het ontbreken van medisch-ethische overwegingen die aan de besluitvorming tot 'euthanasie' vooraf dienen te gaan, met als gevolg dat er geen sprake is van "verantwoorde euthanasie". De positieve reacties overtreffen de negatieve in ruime mate in aantal, en Admiraal zegt anderhalf jaar na het versturen van de brochure nog steeds vrijwel wekelijks geconsulteerd te worden over de problematiek. Veel reacties bevestigen Admiraal in zijn mening dat artsen terugschrikken voor een methode die in zeer korte tijd tot de dood leidt, ofwel voor een methode waarbij oorzaak en gevolg zo duidelijk met elkaar zijn vervlochten. Zij prefereren meer langzame methodes.[83]

In 1981 verschijnt een proefschrift van de hand van de huisarts en universitair onderzoeker Spreeuwenberg over huisartsen en stervenshulp. [84] In dit boek - met als doelstelling steun te bieden aan huisartsen bij stervenshulp - ruimt Spreeuwenberg ook een hoofdstuk in over de vraag naar 'euthanasie'. Spreeuwenberg noteert een aantal observaties: het valt op dat slechts weinig huisartsen een uitgekristalliseerd en afgewogen standpunt ten aanzien van 'actieve euthanasie' hebben; het is opvallend hoe verschillend de motieven en attituden van de huisartsen zijn, en concrete beslissingen lijken dan ook afhankelijk te zijn van toevalsfactoren; er is weinig eenduidigheid in de wijze waarop de huisartsen de patiënt en de familie bij de beslissing betrekken; de huisarts blijkt vaak onvoldoende kennis te hebben van en onvoldoende toegang te hebben tot technische mogelijkheden om de euthanasie

---

80 Admiraal 1980: 6.

81 Admiraal 1980: 9.

82 Zo staan er negatieve stukken over de brochure in het blad van de Nederlandse Artsenvereniging (Moll van Charante 1980: 135-140 en Blijham 1981: 37-50).

83 Admiraal 1982 *Medisch Contact*: 595-598.

84 Het empirisch materiaal is verkregen door interviews met een dertigtal huisartsen over de stervenshulp die zij gegeven hebben aan de laatste patiënt, waarvan de *infauste* prognose langer dan zeven dagen voor hun overlijden vastgestaan heeft.
Spreeuwenberg is een van de eerste artsen die publiekelijk bekend heeft gemaakt dat hij wel eens 'euthanasie' heeft toegepast. In *Hervormd Nederland* van 30 september 1978 schrijft hij dat hij van mening is dat je in een "dusdanige onmachtssituatie bij een echte onmenselijk lijden" terecht kunt komen dat 'euthanasie' onder ogen moet worden gezien. Hij meldt dat hij in zijn praktijk als huisarts driemaal "actief bij euthanasie betrokken is geweest".

lege artis uit te voeren; de huisarts staat bij de uitvoering van 'euthanasie' vaak alleen; en verzoeken van artsen om advies en hulp worden regelmatig niet gehonoreerd.[85]

Spreeuwenberg stelt dat de volgende lijnen zich aftekenen in het onderzoek: de jonge huisarts staat vaker positief tegenover 'actieve euthanasie' dan de oudere huisarts; de ongelovige huisarts staat welwillender tegenover 'actieve euthanasie' dan zijn protestantse collega; deze laatste staat er op zijn beurt weer welwillender tegenover dan zijn rooms-katholieke collega; de huisartsen in het noorden en het westen van het land staan welwillender tegenover 'actieve euthanasie' dan de huisartsen in het zuiden.[86]

Spreeuwenberg komt tot de volgende beschouwing:

> De hiervoor vermelde bevindingen dienen in het kader van het geëigende sterven te worden geplaatst. Uit deze kwalitatieve gegevens zien wij dat een aantal huisartsen gewetensvol pogen om de belangen van de patiënt en hun eigen opvattingen in deze moeilijke materie met elkaar in evenwicht te brengen. Bij anderen zagen wij 'sluikse' compromissen. Een aantal huisartsen, die in geweten tegen euthanasie zijn, hebben zich hierdoor dusdanig geblokkeerd dat een open bespreking van hun standpunten met de patiënt onmogelijk is.... Bij sommige voorstanders signaleren wij het gevaar dat zij er zó van overtuigd zijn dat lichamelijk lijden inhumaan is, dat zij zelf zonder overleg met de patiënt de beslissing nemen dat euthanasie geïndiceerd is. Als hierbij bovendien blijkt dat zij emotioneel zo betrokken zijn bij de patiënt dat zij zelf het lijden niet kunnen aanzien, verkeert de huisarts in dezelfde positie als de familie. De patiënt is dan geen contra-subject meer. Een arts die zich in een dergelijke positie bevindt, dient het oordeel over deze beslissingsituatie aan een andere persoon of instantie over te dragen. Het signaleren van dit verschijnsel ondersteunt onze opvatting ten aanzien van de verantwoordingsplicht van de arts bij euthanaserend handelen. … De (huis)arts zal beter geschoold dienen te worden in de bewustwording van zijn overwegingen bij het beslissingsproces aangaande euthanasie. De illustraties uit de praktijk van het euthanaserend handelen van de huisarts geven de gebrekkigheid van zijn kennis op dit gebied aan .. De uitvoering dient te geschieden volgens de eisen, die aan professioneel handelen gesteld mogen worden.[87]

4.5 EUTHANASIE DOOR LEKEN, DE ZAAK WERTHEIM EN HET INSTELLEN VAN EEN VERVOLGINGSBELEID

Tussen 1978 en 1980 worden vier gevallen bekend van mensen, die met behulp van anderen een einde aan hun leven hebben gemaakt. De hulp die hen geboden is varieert van eigenhandig wurgen[88]; het bouwen van een apparaat door middel waarvan suïcide kan

85 Spreeuwenberg 1981: 271-274.

86 Spreeuwenberg 1981: 275.

87 Spreeuwenberg 1981: 275-276.

88 Herbergs meldt dat in 1978 een 32-jarige man zich voor de rechtbank Utrecht moet verantwoorden, omdat hij een einde gemaakt heeft aan het leven van zijn stiefmoeder, naar zijn zeggen, op haar verzoek. "Na uren gezamenlijk gemartel met ondeugdelijke slaapmiddelen en een poging tot ophanging, waarbij de haak uit het plafond schoot, had hij ten slotte zijn stiefmoeder

worden gepleegd[89]; het geven van informatie[90]; tot het voeren van een portie vla met daarin een dodelijke hoeveelheid slaapmiddelen. Deze laatste zaak - de zaak Wertheim - zal van grote betekenis blijken te zijn voor de formulering van zorgvuldigheidseisen voor hulp bij zelfdoding en voor het vervolgingsbeleid ten aanzien van euthanasie.

De zaak Wertheim

In de nacht van 18 op 19 april 1981 helpt mevrouw Wertheim-Elink Schuurman - een activiste van de NVVE - een vrouw, die zij heeft leren kennen doordat deze haar hulp ingeroepen heeft, een einde te maken aan haar leven. In de middag van 18 april heeft mevrouw Wertheim een laatste gesprek met de vrouw in kwestie om te verifiëren of zij werkelijk wil sterven. 's Avonds gaat ze, samen met haar man en een vriendin, naar het huis van de vrouw. Mevrouw Wertheim heeft een dertigtal Vesparax-tabletten bij zich om de dood van de vrouw te bewerkstelligen. Deze tabletten mengt ze in een bord chocoladevla en dat voert ze aan de vrouw. Als het bord leeg is, overhandigt mevrouw Wertheim de vrouw een alcoholhoudende drank - in de wetenschap dat deze de werking van de Vesparax zal versterken. Korte tijd daarna in diezelfde nacht overlijdt de vrouw.[91]

De volgende dag stelt mevrouw Wertheim de kinderen van de vrouw en de dienstdoende arts op de hoogte van dit overlijden. De arts weigert een overlijdensverklaring te ondertekenen omdat naar zijn oordeel van een natuurlijke dood geen sprake is. De politie wordt gewaarschuwd en mevrouw Wertheim wordt gearresteerd.[92]

Voor de rechtbank Rotterdam wordt mevrouw Wertheim primair moord ten laste gelegd en subsidiair hulp bij zelfmoord. De officier van justitie is van mening dat de straf die mevrouw Wertheim opgelegd moet krijgen, zodanig dient te zijn dat daarmee volstrekt duidelijk is

---

gewurgd met een hondenriem". De rechtbank acht overtreding van artikel 293 bewezen en veroordeelt de man tot een gevangenisstraf van anderhalf jaar (Herbergs 1984: 153).

[89] In september 1979 is een kraanmachinist uit Spijkenisse zijn vrouw, die al jarenlang psychische problemen heeft, behulpzaam bij het beëindigen van haar leven. Om haar dood te bewerkstelligen koopt hij een föhnkap en bevestigt daaraan een slang. De bedoeling is dat zij de föhn over haar hoofd trekt en de slang aansluit op de gaskraan. Op 20 september zet hij de benodigde attributen klaar voor zijn vrouw en gaat naar bed. In diezelfde nacht maakt zij gebruik van het toestel en treft haar man haar dood aan. Door middel van sectie wordt vastgesteld dat de vrouw is overleden ten gevolge van inademing van aardgas (Enthoven 1988: 74-75). De man staat terecht wegens hulp bij zelfmoord. De officier van justitie gaat tot vervolging over omdat hij het van groot belang acht "dat er in deze tijd van discussie over euthanasie en hulp bij zelfdoding een duidelijk geval voor de rechtbank wordt gebracht" (Van Eijk-Osterholt 1982: 5). De man doet een beroep op psychische overmacht. De rechtbank Rotterdam verwerpt op 17 april 1980 dit verweer, omdat de man niet had hoeven te helpen en legt een straf op van een maand voorwaardelijk met een proeftijd van een jaar. De officier van justitie, die acht maanden voorwaardelijk heeft geëist gaat in hoger beroep. Het Gerechtshof in Den Haag geeft op 16 februari 1981 te kennen het met de rechtbank eens te zijn en verwerpt het beroep op overmacht. Het hof veroordeelt de man echter tot zes maanden onvoorwaardelijk met aftrek van voorarrest (Enthoven 1988: 75).

[90] In februari 1980 dient een weduwe een aanklacht in tegen het echtpaar Sybrandy wegens hulp bij zelfdoding. Het door de Sybrandy's gerunde Informatiecentrum Vrijwillige Euthanasie heeft haar echtgenoot, op zijn verzoek, een informatiefolder gestuurd. De man is vervolgens naar Zwitserland gereisd om Vesparax te kopen. Na het innemen daarvan is hij overleden (Van Eijk-Osterholt 1982:4). De klacht wordt uiteindelijk geseponeerd. "Het resultaat van dit onderzoek, neergelegd in een uitvoerig proces-verbaal, geeft onvoldoende aanknopingspunten om aan te nemen dat het echtpaar of een der echtelieden ten opzichte van de genoemde zelfmoordgevallen zich heeft schuldig gemaakt aan het strafbare feit als bedoeld in artikel 294 van het wetboek van strafrecht" (Sybrandy-Alberda 1982: 415).

[91] *Nederlandse Jurisprudentie* 1982, nr. 63: 222-223.

[92] Enthoven 1988: 79.

uitgesproken dat hier zeer onzorgvuldig is gehandeld. Aan de andere kant, zo stelt de officier, is tot het gebeuren besloten vanuit een overtuiging, waarin het zelfbeschikkingsrecht van het individu de boventoon voert en wil hij bij de eis rekening houden met de leeftijd van mevrouw Wertheim (76 jaar) en haar persoonlijke omstandigheden. Hij eist zes maanden voorwaardelijk met een proeftijd van een jaar.[93]

De advocaat van mevrouw Wertheim stelt dat er geen sprake is van moord, maar dat het hier een geval van hulp bij zelfdoding betreft. Zij betoogt dat steeds meer mensen hun leven beëindigen en dat er langzamerhand een maatschappelijke discussie op gang is gekomen, waarin gepleit wordt voor het recht op zelfbeschikking van de mens. Op grond daarvan voert zij het verweer van het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid. De huidige wetgever zou de bepaling van artikel 294 niet meer zo redigeren als de wetgever van 1886, aldus de advocaat. Beschermde de wetgever destijds het object van menselijk leven in *abstracto*, de huidige wetgever zou veeleer het individu zelf beschermen, dat recht heeft op zijn eigen leven.

Daarnaast doet de advocaat een beroep op overmacht, zowel in de betekenis van de noodtoestand als in de betekenis van psychische overmacht. De advocaat stelt dat mevrouw Wertheim het niet in overeenstemming met haar geweten heeft kunnen brengen de vrouw nog langer te laten lijden en dat ze, vanuit de eerbied voor de mens en het leven, zich gedwongen heeft gevoeld te helpen bij de zelfdoding.[94]

De rechtbank acht niet bewezen dat mevrouw Wertheim de vrouw vermoord heeft en spreekt haar daarvan vrij. Opzettelijk een ander behulpzaam zijn bij en hem middelen verschaffen tot zelfmoord terwijl de zelfmoord volgt, strafbaar gesteld in artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht, acht de rechtbank wel bewezen. Ten aanzien van het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid overweegt de rechtbank

> dat hulp bij zelfmoord destijds strafbaar is gesteld vanuit de gedachte, dat het plegen van zelfmoord zoveel mogelijk diende te worden voorkomen;
> dat in deze tijd - naar uit de verklaringen van de getuigen-deskundigen ter terechtzitting is gebleken en de Rechtbank ook uit eigen wetenschap bekend is - in steeds bredere kringen de opvatting bestaat, dat in bepaalde - weliswaar uitzonderlijke - gevallen zelfdoding niet perse onaanvaardbaar is en de beslissing van degene, die zijn leven wil beëindigen, uiteindelijk gerespecteerd dient te worden;
> dat het zowel voor de persoon, die een eind aan zijn leven wil maken, als voor zijn omgeving, van groot belang is, dat dat leven niet op een gruwelijke wijze behoeft te worden beëindigd;
> dat dit in het algemeen niet mogelijk is zonder hulp van anderen, omdat het de betrokkenen aan middelen tot een zachte dood ontbreekt;
> dat wanneer in zo'n - hieronder nader te omschrijven - geval hulp wordt verleend bij het plegen van de zelfdoding en deze hulp voldoet aan alle hierna te noemen eisen van zorgvuldigheid, naar het oordeel van de rechtbank het belang van de persoon, die zijn leven wil beëindigen en van zijn omgeving bij een zachte dood zwaarder weegt dan het belang dat de wetgever beoogde te beschermen door hulp bij zelfmoord strafbaar te stellen en derhalve de verleende hulp niet strafbaar is.[95]

93 Enthoven 1988: 80.
94 Enthoven 1988: 80-81.
95 *Nederlandse Jurisprudentie* 1982, nr. 63: 223.

De rechtbank formuleert een aantal eisen waaraan voldaan moet zijn: er is sprake van lichamelijk of psychisch lijden dat door de persoon zelf wordt ervaren als ondraaglijk; zowel dit lijden als het verlangen naar de dood is duurzaam; het besluit tot levensbeëindiging is vrijwillig genomen; de persoon heeft een goed besef van de situatie, waarin hij verkeert, alsmede van de alternatieve mogelijkheden; hij is in staat een en ander tegen elkaar af te wegen en heeft dat ook gedaan; er is geen redelijk andere oplossing om verbetering in de situatie te brengen; en door de dood wordt geen onnodig leed aan anderen toegebracht.
Als bijkomende eisen stelt de rechtbank dat

> zowel om onzorgvuldige beslissingen te vermijden als om de beslissing achteraf te kunnen toetsen, de te verlenen hulp aan de volgende voorwaarden dient te voldoen:
> de beslissing om hulp te verlenen wordt niet door één persoon genomen;
> bij de beslissing om hulp te verlenen is altijd een arts betrokken, die het te gebruiken middel zal voorschrijven;
> voorts dient bij de beslissing om hulp te verlenen en bij de hulp zelf de grootst mogelijke zorgvuldigheid in acht te worden genomen; de rechtbank denkt daarbij bijvoorbeeld wanneer de betrokkene in de stervensfase verkeert, aan het plegen van collegiaal overleg door de arts of, wanneer de stervensfase nog niet is aangebroken, aan het raadplegen van nog een andere deskundige, zoals een psychiater, psycholoog of sociaal werker.[96]

De rechtbank is van oordeel dat mevrouw Wertheim niet aan deze voorwaarden heeft voldaan. Zij verwerpt dan ook het beroep op het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid en het beroep op overmacht in de zin van noodtoestand. Ook het beroep op overmacht in de zin van gewetensdwang verwerpt de rechtbank omdat uit het onderzoek ter terechtzitting niet aannemelijk is geworden dat het geweten van mevrouw Wertheim haar dwong te handelen op de wijze waarop zij het gedaan heeft. De rechtbank overweegt:

> Bij het nemen van de uiterst precaire beslissing omtrent hulp bij zelfdoding dient met de grootst mogelijke zorgvuldigheid te werk worden gegaan. Dat verdachte dit niet heeft gedaan, valt haar des te meer te verwijten, nu zij zich al geruime tijd met de problematiek rond de zelfdoding heeft bezig gehouden en ook lid is van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. Er zijn meerdere publikaties verschenen (recentelijk o.m. van vorengenoemde vereniging) waarin soortgelijke voorwaarden als hiervoor genoemd, zijn geformuleerd, zodat in elk geval verwacht mag worden dat verdachte met deze voorwaarden bekend was. De Rb. is daarom van oordeel dat een (onvoorwaardelijke) gevangenisstraf op haar plaats zou zijn.[97]

Gelet echter op het psychiatrisch rapport, waarin gesteld wordt dat het ondergaan van een dergelijke straf mevrouw Wertheim psychisch en lichamelijk zo zeer zou belasten dat het opleggen ervan niet verantwoord overkomt, volstaat de rechtbank met een voorwaardelijke gevangenisstraf van zes maanden met een proeftijd van een jaar, onder gelijktijdige oplegging van een bijzondere voorwaarde.[98]

---

[96] *Nederlandse Jurisprudentie* 1982, nr. 63: 223.
[97] *Nederlandse Jurisprudentie* 1982, nr. 63: 224.
[98] Daarbij heeft de rechtbank ook rekening gehouden met de omstandigheid dat mevrouw Wertheim reeds zes dagen in verzekering en voorlopige hechtenis heeft doorgebracht en, in het kader van de

VERVOLGINGSBELEID

De zaak Wertheim blijkt van grote invloed te zijn voor het beleid inzake euthanasie van het Openbaar Ministerie. Tot 1981 heeft het Openbaar Ministerie slechts incidenteel te maken gehad met euthanasie en hulp bij zelfdoding en van een beleid op dit terrein is dan ook nog geen sprake. In het jaarverslag van 1982 melden de procureurs-generaal echter:

> Het strafrechtelijk beleid inzake euthanasie heeft in het verslagjaar de nodige aandacht opgeëist.... Onder de leiding van de minister hebben wij ons beraden over de houding die moet worden aangenomen tegenover euthanasie-zaken die het openbaar ministerie ter kenniskomen.... Besloten is dat de betrokken procureur-generaal iedere zaak die het openbaar ministerie ter kennis komt ter bespreking zal inbrengen in onze vergadering, met het oog op de vraag of al dan niet een vervolging ware in te stellen. Het gaat hierbij om zaken die een overtreding vormen van art. 293 of art. 294 Sr. en waarin bij de hulpverlening een arts was betrokken...In ieder geval wordt in euthanasie-zaken geen beslissing tot sepot of tot vervolging genomen dan na bespreking van het concrete geval in onze vergadering, die zal plaatsvinden in het licht van het vonnis van de rechtbank Leeuwarden en van het... vonnis van de rechtbank te Rotterdam.[99]

Alhoewel de twee vonnissen gezamenlijk als richtlijn dienen, stemmen ze niet in alle opzichten overeen. De overeenkomsten tussen de twee vonnissen zijn dat in beide wordt vereist dat de betrokkene lichamelijk of psychisch ondraaglijk lijdt en dat deze een verzoek om levensbeëindiging moet hebben gedaan. In de vonnissen zijn echter ook verschillen aan te wijzen. Zo stelt de rechtbank Leeuwarden dat de levensbeëindiging door de behandelend arts moet worden gedaan en de rechtbank Rotterdam dat een arts bij de hulp betrokken moet zijn. Die laatste rechtbank stelt aan de besluitvorming de nadere voorwaarden dat de persoon zijn situatie en de alternatieve mogelijkheden beseft en dat hij een en ander kan afwegen en dat ook heeft gedaan. Naast de door de rechtbank Leeuwarden geformuleerde voorwaarden eist de rechtbank Rotterdam als criteria nog dat er geen redelijk andere oplossing is en dat door de dood geen onnodig leed aan anderen wordt toegebracht. Verder stelt de rechtbank Rotterdam eisen aan de hulpverlening: de beslissing mag niet door één

---

voorlopige hechtenis, reeds 63 dagen huisarrest heeft ondergaan. De bijzondere voorwaarde is dat mevrouw Wertheim zich de eerste weken van de proeftijd niet buiten haar woning of erf mag begeven. Een jaar later zal nogmaals een 'leek' voor de rechtbank staan vanwege hulp bij zelfmoord (december 1983 rechtbank Utrecht). Deze keer betreft het een echtgenoot die voor zijn vrouw, die aan aangezichtspijnen lijdt waarbij medicijnen en operaties geen soelaas bieden, in Zwitserland Vesparax koopt. De officier van justitie zegt wel te geloven in de goede bedoelingen van de man, maar vindt dat hij onzorgvuldig gehandeld heeft door geen arts te raadplegen. Bovendien vindt hij vervolging nodig wegens algemene preventie. De rechtbank verwerpt weliswaar de door de man gevoerde verweren - ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid; overmacht in de zin van noodtoestand en gewetensdrang - maar brengt in het vonnis tot uitdrukking dat de voorwaardelijke straf van zes maanden niet ten uitvoer behoort te worden gelegd door de proeftijd te stellen op één dag (*Nederlandse Jurisprudentie*, nr. 264: 808).

[99] *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 000 VI, nr. 3: 70. Dat de minister van Justitie betrokken is geweest bij de opstelling van het beleid blijkt wanneer het kamerlid Schutte vragen stelt over het aantekenen en weer terugtrekken van hoger beroep in de Rotterdamse zaak. Minister De Ruiter laat weten dat het beroep was ingesteld om ruimte te scheppen voor nader overleg over de vraag of het vonnis aan het oordeel van het hof diende te worden onderworpen. Deze vraag werd, met instemming van hemzelf, ontkennend beantwoord door de vergadering van procureurs-generaal (*Handelingen Tweede Kamer, Aanhangsel 1981-1982,* nr. 873).

persoon genomen worden en er moet zorgvuldig gehandeld zijn.[100] Hoe deze verschillen geïnterpreteerd moeten worden is niet duidelijk. Minister Korthals Altes van Justitie blijkt er van uit te gaan dat de vonnissen elkaar aanvullen.[101]

TER AFSLUITING

In het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie wordt aan het begin van de jaren tachtig een fase afgesloten. Daarvoor is in het voorgaande een aantal redenen te vinden. De eerste is dat er een definitie van het begrip 'euthanasie' gegeven is – door Leenen – waarbij directe aansluiting bestaat met artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht. Het is voortaan duidelijk welke politieke eis gesteld wordt. Door Leenens focus op zelfbeschikking is de tegenstelling die uitgevochten moet worden scherp omlijnd: mag een dokter gehoor geven aan de wens van een ander om dood te gaan of mag hij dat niet. Een tweede punt dat aangeeft dat een nieuwe periode aanbreekt, is het feit dat politieke partijen nu overgaan tot standpuntbepalingen omtrent euthanasie. En ten derde wordt het aanbreken van een nieuwe fase aangekondigd doordat het Openbaar Ministerie een vervolgingsbeleid formuleert.

Vanaf nu zal het argument van de 'zelfbeschikking' een prominente rol spelen in het veranderingsproces. Dit argument wordt ondersteund door een algemenere tendens dat er meer aandacht is voor patiëntenrechten. Anderzijds komt het argument van de zelfbeschikking nu meer onder vuur te liggen. Tegenstanders van euthanasie problematiseren de vraag of er in een situatie van lijden *überhaupt* over zelfbeschikking gesproken kan worden en zij benadrukken dat het argument van zelfbeschikking zonder aanvulling blijkbaar ook voor voorstanders geen optie is.

Leenens definitie vindt al snel ingang bij veel voorstanders van de mogelijkheid van euthanasie. Minder navolging vindt Leenens opvatting dat er naast het verzoek slechts één inhoudelijke eis gesteld moet worden, te weten de toepassing door de arts. Voor Leenen betekent deze eis dat er sprake moet zijn van een situatie waarin een arts betrokken is en dus is er in wezen wel sprake van een situatie waarin de patiënt ernstig lijdt. Anderen noemen de situatie van de patiënt wel expliciet. Zo spreekt Kuitert over zelfbeschikking in een 'euthanasiesituatie'.

Er bestaat nog geen volledige overeenstemming of en welke eisen er gesteld moeten worden ten aanzien van de situatie waarin de patiënt zich moet bevinden, wil hij in aanmerking komen voor euthanasie. Wat dat betreft lijkt er met het incorporeren van de hulp bij zelfdoding een vergroting van het domein plaats te vinden. Die vergroting – het niet beperken van euthanasie tot de stervensfase en de mogelijkheid openhouden dat ook geestelijk lijden grond voor hulp bij zelfdoding is – vindt nog weinig ondersteuning bij artsen maar wel bij de rechtbanken. Zowel in de zaak Postma – beschreven in paragraaf 3.3 - als in de zaak Wertheim in 1981 is duidelijk dat de overledenen met name psychisch leden onder hun toestand. De rechtbanken zijn er expliciet over dat het ingetreden zijn van de stervensfase geen vereiste is bij euthanasie.

---

[100] Leenen 1982 *Nederlands Juristenblad*: 103-107. Leenen heeft enige kritiek op de voorwaarden, zoals die door de rechtbank Rotterdam zijn geformuleerd. Hij ziet onder andere niets in de eis dat er geen onnodig leed aan anderen mag worden toegebracht, omdat daarmee het zelfbeschikkingsrecht in het gedrang komt.

[101] *Handelingen Eerste Kamer 1982-1983, Aanhangsel,* nr. 86.

De discussie over de geoorloofdheid van hulp bij zelfdoding betreft in wezen twee discussies. De ene – de minst problematische – gaat over de wijze van toepassing van levensbeëindiging: het betreft de vraag of het de voorkeur geniet dat de patiënt, indien mogelijk, zelf de dodende handeling voltrekt. De tweede discussie betreft de vraag of mensen die geen lichamelijke ziekte hebben waaraan ze ernstig lijden, hulp mogen krijgen bij hun zelfgekozen dood. Dat komt voor het grootste deel neer op de vraag of mensen met psychiatrische en psychische klachten geholpen mogen worden. Bij de NVVE is er grote aarzeling om deze groep op te vatten als vallend onder haar doelstelling.

Naast de inhoudelijke eisen die gesteld moeten worden aan euthanasie, zijn er ook vragen omtrent de procedurele vereisten. Bij deze eisen wordt enerzijds gewezen op de aanwezigheid van een schriftelijk euthanasieverzoek of een ander bewijs van het bestaan van het verzoek, op verslaglegging en op consultatie van een collega; anderzijds wordt ook de vraag of de patiënt recht heeft op doorverwijzing besproken. Niet zozeer als vereiste van zorgvuldigheid maar als een vanzelfsprekendheid worden de belangen van de nabestaanden in de discussie betrokken. Admiraal en Spreeuwenberg wijzen daarnaast op de technisch zorgvuldige uitvoering

Met Leenen, Kuitert, Admiraal en Spreeuwenberg is een tweede generatie voorvechters voor vrijwillige euthanasie opgestaan. Door hun uitgebreide netwerken zullen ze op veel plaatsen hun invloed laten gelden.

Binnen politieke partijen worden nu ook standpunten met betrekking tot levensbekorting geformuleerd. De scheidslijn betreffende het vraagstuk van de euthanasie loopt net zoals bij het abortusvraagstuk globaal tussen partijen die de godsdienst als inspiratiebron hebben en partijen die dat niet hebben. De eerste groep verzet zich tegen de mogelijkheid van actieve levensbeëindiging. De tweede groep biedt er met een beroep op zelfbeschikking wel ruimte voor. Voor geen enkele partij echter biedt het zelfbeschikkingsrecht alleen voldoende legitimering voor euthanasie.

De oude discussie of euthanasie een medisch dan wel een maatschappelijk probleem is, wordt in deze periode niet als zodanig gevoerd. Wel valt op dat er in wezen nog steeds geen enkele rechtszaak is van een arts die, als arts, vervolgd is voor levensbeëindiging op verzoek. Alle rechtszaken tot nu toe betreffen familieleden en goede bekenden. In deze situatie zal in de volgende periode verandering optreden.

5 Opmaat tot legalisering (1982-1984)

Politiek gesproken raakt Nederland in de jaren tachtig in de ban van 'no nonsense'. Na de kort levende kabinetten Van Agt II en III waarin De Ruiter minister van Justitie was, komt in 1982 het eerste kabinet Lubbers tot stand (1982-1986). Dit is een CDA-VVD-kabinet met de VVD-er Korthals Altes op Justitie en de CDA-er Brinkman op Volksgezondheid. Het thema 'euthanasie' komt nu in een nieuwe fase terecht. In 1978 had de Tweede Kamer een motie aangenomen waarin ze verzoekt om de instelling van een staatscommissie inzake 'euthanasie'. Een commissie van de Gezondheidsraad die in 1979 is ingesteld, levert in 1982 de bouwstenen voor het werk van de staatscommissie. Ook op strafrechtelijk gebied staat er van alles te gebeuren. Vanaf 1982 wordt een aantal artsen op grond van het nieuwe beleid vervolgd.

In dit hoofdstuk staat in de eerste paragraaf het rapport van de Gezondheidsraad centraal waarin de standpunten voor en tegen legalisering van 'euthanasie' uitvoerig besproken worden. In de tweede paragraaf wordt ingegaan op een discussie over de zorgvuldigheidseisen. In de derde paragraaf worden toepassingen van euthanasie beschreven, zowel van artsen die vervolgd worden als van artsen die in publicaties verslag doen van levensbekortend handelen. Ook worden de belangrijkste elementen van de eerste rechtszittingen van een van de vervolgde artsen in deze paragraaf beschreven. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt ingegaan op verschillende publicaties op het terrein van de levensbeëindiging.

5.1 Het rapport 'Euthanasie' van de Gezondheidsraad

Op 25 maart 1982 presenteert de voorzitter van de Gezondheidsraad een advies inzake 'euthanasie'. De Gezondheidsraad baseert zich bij dit advies op de bevindingen van de commissie Belinfante. Deze commissie[1] ziet het als haar taak "bouwstenen aan te dragen die het een in te stellen staatscommissie mogelijk moet maken concrete aanbevelingen inzake het vraagstuk van de euthanasie te doen".[2] Daartoe maakt de commissie op de eerste plaats een inventarisatie van de problemen en moeilijkheden die zich in de praktijk voordoen rond het sterven en bij de toepassing van 'euthanasie' en het verlenen van hulp bij zelfdoding. Op de tweede plaats buigt zij zich over de vraag welke taak ten aanzien van deze problematiek voor de overheid is weggelegd. Het uitspreken van een oordeel over het al dan niet toelaatbaar zijn van 'euthanasie' rekent de commissie niet tot haar taak.

---

1 De commissie bestaat uit de volgende leden: A.D. Belinfante (oud-hoogleraar bestuurs- en staatsrecht), P.V. Admiraal (anesthesioloog), Th.C.J. Beemer (moraaltheoloog), P.J.W. de Brauw (jurist, voorzitter Centraal Medisch Tuchtcollege), R.W.F. Diekstra (hoogleraar klinische psychologie), J. Douma (hoogleraar ethiek), A.C. 't Hart (hoogleraar strafrecht), F. van Heek (oud-hoogleraar sociologie), M.E. de Jong-Vekemans (coördinator Project Terminale Zorg te Rotterdam), F.L. Meijler (hoogleraar cardiologie), H. Roelink (secretaris-arts KNMG), D.J.B. Ringoir (geneeskundige hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid), J. Schouten (internist), F.J. van Sprang (hoogleraar kindergeneeskunde), C. Spreeuwenberg (arts), H. Terborgh-Dupuis (ethicus), H.A.H. van Till-d'Aulnis Bourouill (jurist), J.Th.M. de Vreeze (oud-hoogleraar nationaal en internationaal gezondheidsbeleid), G.A. van der Wal (hoogleraar ethiek en rechstfilosofie) en H.J. de Roy van Zuydewijn (secretaris Gezondheidsraad).

2 Gezondheidsraad 1982: 1.

DE DEFINITIE VAN 'EUTHANASIE'

Om tot een definitie van 'euthanasie' te komen maakt de commissie een inventarisatie van handelingen die in literatuur en spraakgebruik tot 'euthanasie' worden gerekend of daarmee in verband worden gebracht. Zij komt tot vijf categorieën handelingen:

> (1) Het opzettelijk beëindigen of verkorten van het leven op verzoek en/of in het belang van de betrokkene. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen een opzettelijk levensbeëindigend of -verkortend handelen en een opzettelijk nalaten van een levensverlengend handelen.
> (2) Het staken van de behandeling in gevallen, waarin dat naar gangbare medische maatstaven geen andere zin kan hebben dan het sterven te vertragen.
> (3) Het geven van die vorm van stervenshulp, die primair gericht is op pijnbestrijding, maar als onbedoeld, hoewel aanvaard, neveneffect levensverkorting tot gevolg kan hebben.
> (4) Het geven van die vorm van stervenshulp, die beoogt patiënten in hun laatste levensfase bij te staan zonder gericht te zijn op levensverkorting of levensbeëindiging.
> (5) Het achterwege laten van een behandeling indien de patiënt daartoe de wens te kennen heeft gegeven en in deze wens volhardt.[3]

Als belangrijkste criterium voor de vraag of een handeling al dan niet onder het begrip 'euthanasie' moet worden begrepen, hanteert de commissie het onderscheid tussen handelingen die wel en handelingen die niet ethisch omstreden zijn. De commissie acht het opportuun handelingen die in ethisch opzicht een onomstreden zaak zijn buiten het probleemgebied te houden. De handelingen die vallen onder categorie 2, 3 en 4 behoren volgens de commissie tot het normaal medisch handelen. Ook bij de handelingen die vallen onder categorie 5 is geen sprake van 'euthanasie', zo meent de commissie. Immers de intentie tot het bevorderen van de dood van de patiënt ontbreekt. De commissie is van mening dat alleen handelingen, genoemd bij categorie 1, onder de noemer 'euthanasie' vallen.[4]

De commissie meent dat er weinig redenen zijn een groot verschil te maken tussen 'euthanasie' en hulp bij zelfdoding. In haar optiek is de context waarin de behandeling wordt gesteld belangrijker dan de min of meer toevallige vorm die de hulpverlening in een bepaald geval aanneemt. Een belangrijke vraag in dit kader acht de commissie of de hulpvrager al dan niet in staat is zelf een einde aan zijn leven te maken. Iemand die over zijn eigen dood wenst te beschikken en zelf in staat is dit te bewerkstellingen, dient, aldus de commissie, de uitvoering van die wens zelf ter hand te nemen.[5]

VOORWAARDEN AAN 'EUTHANASIE' GESTELD

De commissie bespreekt de voorwaarden waaraan moet worden voldaan bij 'euthanasie' en hulp bij zelfdoding: het verzoek van de betrokkene is - ervan uitgaande dat deze handelingsbekwaam is - in normale gevallen, aldus de commissie, *conditio sine qua non*. De hulpverlening die verstrekt wordt naar aanleiding van een verzoek zal er allereerst op gericht moeten zijn de vraag in zijn eigenlijke betekenis te verstaan en de betrokkene

---

[3] Gezondheidsraad 1982: 10.
[4] Gezondheidsraad 1982: 11-16. Daar de commissie sommige vormen van levensbeëindiging zonder verzoek ook onder de noemer 'euthanasie' laat vallen – met name de levensbeëindiging in het belang van de patiënt - staat 'euthanasie' in het hieronderstaande tussen aanhalingstekens.
[5] Gezondheidsraad 1982: 16-17.

psychisch en fysiek alle hulp te bieden die hij nodig heeft. Bij de exploratie van het verzoek zal ook de vraag aan de orde komen in hoeverre het voornemen tot levensbeëindiging gebaseerd is op een vrij wilsbesluit van de betrokkene. Indien de resultaten van de exploratiefase het toelaten, komt men bij het meest cruciale moment: de beslissing over het al of niet voldoen aan het verzoek om (hulp bij) levensbeëindiging. Een belangrijk probleem hierbij vormt, aldus de commissie, de vraag op grond van welke criteria zo'n beslissing genomen kan worden. De commissie stelt dat in de literatuur en in de praktijk meestal drie criteria aangevoerd worden: ondraaglijkheid van het lijden, ongeneeslijkheid van het lijden, en het verkeren in de stervensfase. De commissie merkt op dat de criteria ten aanzien van het lijden niet erg hard of doorslaggevend zijn. De beoordeling kent weliswaar objectiverende momenten, maar het is raadzaam dat de hulpverlener alleen beslissingen neemt in overleg met anderen. Wat betreft de uitvoering merkt de commissie op dat het in het belang van alle betrokkenen is dat de 'euthanasie' of zelfdoding zoveel mogelijk op een waardige wijze geschiedt.[6]

De commissie wijst erop dat in de praktijk artsen een verklaring van natuurlijk overlijden afgeven terwijl de desbetreffende persoon aan de gevolgen van levensbeëindigend handelen of hulp bij zelfdoding overleden is. Artsen doen dat in ieder geval indien het iemand betreft die in de stervensfase verkeert, meent de commissie. De praktijk staat wat dit betreft op gespannen voet met de wettelijke regeling. De commissie meent het aan de staatscommissie over te moeten laten aanbevelingen te doen over dit aspect van de problematiek.[7]

De commissie spreekt niet alleen van 'euthanasie op verzoek van' maar ook van 'euthanasie in het belang van'. Zij stelt dat zich in de medische praktijk situaties voordoen waarbij de patiënt zijn wil niet (meer) kenbaar kan maken, terwijl levensbeëindigend handelen toch soms aan de orde komt. Dit kan in haar optiek het geval zijn bij zwaar defecte pasgeborenen, comateuze patiënten, zwakzinnigen en bij mensen van wie de geestelijke of cerebrale vermogens ernstig zijn aangetast.[8]

De commissie acht het, zoals eerder gezegd, niet haar taak een uitspraak te doen over de toelaatbaarheid van 'euthanasie' en hulp bij zelfdoding. Zij herleidt dit probleem tot de vraag of de overheid in beginsel de taak heeft strafrechtelijke of andere maatregelen te nemen, om het verlenen van hulp aan iemand die een einde aan zijn leven wenst te maken, tegen te gaan. In deze kwestie, zo stelt de commissie, kunnen ten principale twee posities worden ingenomen: de overheid heeft die taak niet of de overheid heeft die taak wel. De werkwijze van de commissie bij de behandeling van deze vraag is dat steeds een bepaalde positie wordt ingenomen en dat daarop vanuit de andere positie gereageerd wordt, waarna nogmaals een reactie volgt vanuit de eerste positie.

De rol van de staat ten aanzien van 'euthanasie'

Wat betreft de positie dat de overheid die taak niet heeft, merkt de commissie op dat in samenlevingen zoals de Nederlandse, een grote diversiteit aan overtuigingen bestaat omtrent de zin en essentie van het menselijk bestaan, de grondslagen van recht en maatschappij en de plaats en de taak van de overheid. In dit licht beschouwd, dienen bij de taken en bevoegdheden van de overheid geen speciale bindingen onderhouden te worden met een bepaalde levens- of wereldbeschouwing, religie en/of ideologie. Een bepaalde

6 Gezondheidsraad 1982: 18-33.
7 Gezondheidsraad 1982: 37-40.
8 Gezondheidsraad 1982: 44-51.

maatschappelijke orde, voorgestaan door een bepaalde bevolkingsgroep, kan niet zodanig bindend aan de samenleving als geheel worden opgelegd, dat geen ruimte wordt gelaten aan andere opvattingen.

Deze gedachtelijn volgend is het twijfelachtig of de overheid nog de taak heeft een rechtsgoed - i.c. het leven van een individu - te beschermen, wanneer betrokken burgers het nemen van overheidsmaatregelen ten behoeve van de instandhouding van dat rechtsgoed onnodig en ongewenst achten. Alle grond voor overheidsbemoeienis in de beschermende sfeer is in ieder geval vervallen, indien, naar het oordeel van de betrokkenen, er niets te beschermen valt. Dit geldt nog sterker wanneer dergelijke bescherming, bedoeld om het welbevinden van betrokkenen te verzekeren, door hen zelf, als enig gerechtigde vertolkers van eigen welzijn, als een bedreiging van dat welbevinden wordt ervaren. De conclusie is dat in principe een individu in staat moet worden gesteld zelf te bepalen op welke manier en onder welke omstandigheden hij wil sterven. Verdedigers van deze optie menen dan ook dat de bestaande onduidelijkheid omtrent de levensbeëindiging in een vrije samenleving, niet behoort voor te komen.

De conclusie dient hier, aldus de commissie, te zijn dat de taak van de overheid wat betreft het beschermen van het individu in het intermenselijk vlak tweeledig is. Enerzijds dient zij voorwaarden te scheppen die mensen de mogelijkheid bieden een goede dood te sterven. Anderzijds moet de overheid criteria stellen die misbruik van ‘euthanasie’ en hulp bij zelfdoding tegengaan. De overheid hoeft, in een maatschappelijk bestel dat het rechtsbeginsel van de zelfbeschikking van individuen kent, geen antwoord te geven op de vraag of ‘euthanasie’ moreel aanvaardbaar is. Die vraag dient ieder individu voor zichzelf te beantwoorden. Wel moeten degenen die niet over zichzelf kunnen beschikken, door de overheid beschermd worden tegen een ingreep die niet in hun belang is. De overheid moet daarvoor criteria opstellen die de rechtspositie van alle betrokkenen duidelijk vastleggen

De commissie beschrijft vervolgens de argumenten die hiertegen worden ingebracht. De positie – de overheid heeft wel de taak maatregelen te nemen tegen levensbeëindiging – stelt, aldus de commissie, dat de overheid tot taak heeft menselijk leven te beschermen, ook dan, wanneer de betrokkene om levensbeëindiging verzoekt of levensbeëindiging in zijn belang wordt overwogen. In deze positie worden drie vragen opgeroepen. De eerste betreft de mondigheid van de rechthebbende, de tweede de vrijwilligheid van de door hem geuite wens te sterven en de derde de mogelijkheid van misbruik.

In deze positie is het respect voor de menselijke waardigheid het centrale begrip. Deze waardigheid is voor alle mensen gelijk, ongeacht of zij volwaardig of onvolwaardig zijn, of zij wel of niet in staat zijn zichzelf te besturen en over hun handelingen te beschikken, en ongeacht of zij mondig dan wel onmondig zijn. De waardigheid en het recht van mensen worden in beginsel niet bepaald door hun vermogen tot zelfbepaling. In een democratische staat heeft de overheid de plicht de onaantastbaarheid van de menselijke waardigheid te achten en te beschermen. In dit opzicht heeft zij gelijke plichten jegens mondigen en onmondigen, zij dient de fundamentele rechten van de mens te eerbiedigen en te doen eerbiedigen.

De overheid heeft, volgens dit standpunt, de taak het menselijk leven te beschermen tegen aantasting van derden. Deze noodzaak tot bescherming berust op de gedachte dat het menselijk leven, met het oog op de menselijke waardigheid, waardevol is, ongeacht iemands individuele beaming dan wel ontkenning van deze waarde. De bescherming van het menselijk leven dient wel te worden onderscheiden van de bescherming van de handelingsvrijheid van individuen.

Het belang van de handelingsvrijheid wordt niet ontkend. Voorstanders van het standpunt dat de overheid het menselijk leven dient te beschermen, menen dat de overheid tot taak heeft het individu te vrijwaren van en te beschermen tegen opgedrongen verlenging van diens leven, tegen opdringerige vormen van zelfmoordpreventie, en tegen inmenging in de privé-sfeer. Er is geen tegenspraak aanwezig wanneer enerzijds doden op verzoek en hulp bij zelfdoding strafbaar gesteld worden en anderzijds het individu gevrijwaard en – zonodig met sanctiedreiging – beschermd wordt, tegen opgedrongen en door hem niet gewenste maatregelen tot behoud of verlenging van het leven.

Het aan ‘euthanasie’ gerelateerde probleem dat mensen grote moeite hebben met hun eigen leven en sterven vraagt om een goede stervensbegeleiding. Een stervensbegeleiding waarin het lijden niet alleen met pijnstillende middelen, maar ook op psychische wijze verzacht wordt. De primaire taak van de arts en van andere hulpverleners is gelegen in het levensbehoud en in verlichting van het lijden. Voor het laatste zullen soms middelen gebruikt moeten worden welke onbedoeld als nevenefect hebben dat de patiënt sneller sterft. In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat dat ondraaglijk lijden slechts te bestrijden valt met maatregelen die versneld de dood doen intreden. Juridische toetsing van deze handelwijze moet echter mogelijk zijn, zodat duidelijk kan worden of aan strafuitsluitingsgronden of rechtvaardigingsgronden voldaan is. Op deze wijze worden twee zaken gecombineerd. Het morele uitgangspunt voor de vaststelling van de taak van de overheid blijft dat het menselijk leven als zodanig beschermd dient te worden tegen aantasting door derden (opzettelijke doding blijft een strafbare zaak). Maar de overheid erkent dat er grenssituaties intreden die om een billijke beoordeling vragen, omdat een als ondraaglijk ondervonden lijden met de gebruikelijke middelen niet meer te verzachten viel.

Tegen deze positie worden twee zaken ingebracht. Ten eerste wordt ingegaan op de bescherming van het leven, zoals deze in het gebod ‘Gij zult niet doden’ als ethische plicht is opgelegd. In dat gebod ligt de grondgedachte opgesloten dat het leven waard is geleefd te worden, geen ander mens mag zich aan dat leven vergrijpen. Het is echter niet zonder meer evident, dat deze grondregel ook zou moeten gelden onder omstandigheden van zodanige aard, dat de beschermwaardige zelf het leven niet meer waard vindt te worden voortgezet en daarom verzoekt er een einde aan te maken.

Ten tweede kan men vanuit een meer praktische benadering de vraag stellen of de hier ontwikkelde visie op de taak van de overheid inzake de bescherming van het leven niet op een aantal punten kortsluit met de dagelijkse praktijk, waardoor een aantal min of meer ernstige nevenwerkingen opgeroepen worden. Een van die neveneffecten is dat mensen naar gruwelijke manieren van zelfdoding grijpen met alle nare gevolgen vandien. Indien er niets wordt geregeld, is het gevolg oncontroleerbaarheid en willekeur van de beslissing. Uit humanitair oogpunt kan ook de vraag gesteld worden of deze visie zich voldoende rekenschap geeft van de concrete lijdenssituatie van patiënten die euthanasie wensen.

Verdedigers van het aldus betwiste standpunt menen echter dat het misplaatst is de overheid te verwijten dat zij door het leven als een goed te waarderen en te beschermen een groep mensen in de problemen brengt. Een goede menselijke begeleiding en de mogelijkheden van de moderne geneeskunde kunnen geestelijk en lichamelijk lijden zodanig verlichten dat een voor de betrokkene aanvaardbaar leven nog heel goed mogelijk is.[9]

9 Gezondheidsraad 1982: 63-92.

WETSWIJZIGING?

Na aldus de argumenten voor en tegen inmenging van de overheid tegen het licht gehouden te hebben, gaat de commissie over tot bespreking van de standpunten voor en tegen wetswijziging. In het pleidooi vóór wetswijziging stelt men dat individuen niet gedwongen mogen worden een vorm van sterven te aanvaarden die hen door de wet wordt opgelegd. Handhaving van de verbodsbepaling van artikel 293 ontneemt aan individuen de vrijheid overeenkomstig hun wens te sterven, terwijl het in bepaalde gevallen opheffen van dat verbod niemand de vrijheid ontneemt overeenkomstig zijn wens te blijven leven. Op deze grond zal de wetgever het verbod moeten opheffen. Het eventuele gevaar dat het levensbeëindigend handelen verwordt tot medische routine en zo een bedreiging vormt voor degenen die geen euthanasie willen, kan gekeerd worden door gebruik te maken van de mogelijkheden van intercollegiale toetsing en toetsing van de vrijwilligheid van het verzoek door anderen zoals pastores en verpleegkundigen.

Een tweede argument voor opheffing van het verbod is dat de wetgever het niet nodig heeft geacht zelfmoord en de poging daartoe strafbaar te stellen. Omschrijft men ‘euthanasie’ als een vorm van zelfdoding met behulp van een ander, dan is voor een strafrechtelijke verbodsbepaling nog minder reden dan in geval, van (poging tot) zelfmoord. Voor ‘euthanasie’ zijn immers duidelijk motieven van de betrokkenen te onderscheiden zoals ondraaglijk lijden, ongeneeslijke ziekte en stervensfase.

Ook redenerend in de lijn van de leer van de materiële wederrechtelijkheid, komt men tot de conclusie dat het beter is de strafbepaling op te heffen. ‘Euthanasie’, met waarborgen omringd en aan artsen voorbehouden, behoort in het geheel niet in de sfeer van het strafrecht thuis. Zorgvuldige regelgeving van levensbeëindiging kan een van ‘euthanasie’ afkerige patiënt betere garanties bieden dat overeenkomstig zijn wil wordt gehandeld, dan een nauwelijks nageleefde verbodsbepaling die geen enkele waarborg tegen misbruik kan scheppen.

Als argument tegen wetswijziging wordt aangevoerd dat de eerbied voor het menselijk leven verschuldigd in het algemeen, te allen tijden gehandhaafd moet worden, ongeacht het motief van de dader. Respect voor het menselijk leven is evenzeer een collectief goed als bijvoorbeeld de volksgezondheid, de openbare orde of de werkgelegenheid. Algehele of tot bepaalde gevallen beperkte straffeloosheid van ‘euthanasie’ of hulp bij zelfdoding leidt tot een vermindering van het respect en het ontzag jegens en de protectie van het menselijk leven.

Een bijzonder bezwaar betreft de aan omschreven voorwaarden gebonden en aldus tot bepaalde gevallen beperkte straffeloosstelling, een bezwaar dat niet bestaat in het geval van algehele opheffing der strafbepaling. Deze omschrijvingen dreigen, als zij in de wet worden opgenomen, een objectieve en maatschappelijke geldende maatstaf in te voeren, zoals de stervensfase of ondraaglijk lijden. Verzoeken zullen aan de hand van zulke, bij de wet vast te leggen criteria, moeten worden getoetst. Het invoeren van dergelijke wettelijke criteria heeft de volgende consequenties: een verzoek van de lijder en een verzoek vanuit de omgeving van de lijder om zijn leven te (doen) beëindigen zouden allebei even redelijk en rechtmatig zijn, indien de bij de wet omschreven situaties in dat bepaalde geval aanwezig zijn. De gestelde criteria representeren niet het beeld van een samenleving die zoveel mogelijk het zelfbeschikkingsrecht van de burger honoreert, maar veeleer het beeld van een samenleving die selectief is ten opzichte van haar leden en die op bepaalde levens wel prijs stelt en op andere niet. De voorwaarde van betrokkenheid van een arts plaatst het gebeuren binnen het huidige maatschappelijk subsysteem van de hulpverlening. Dit sluit

aan bij een tendens van de verzorgingstaat: het vervangen van onderlinge hulp door professionele hulp. Een tendens die gezien wordt als bedreigend voor de humaniteit van de samenleving. Verder meent men dat in de verzorgingsstaat tegenover het recht van de burger op verzorging, de plicht van de burger bestaat om niet door eigen toedoen in een situatie terecht te komen waarin hij een beroep moet doen op verzorgende functies. Tegen deze achtergrond kan een strafrechtelijk paternalisme - burgers beschermen tegen zichzelf - gerechtvaardigd worden. Analoog hieraan kan het voorwaardelijk maken van artikel 293 en 294 opgevat worden als een vorm van paternalistische wetgeving, die de vrijheid van de burger om anderen te helpen inperkt, en ondergeschikt maakt aan de bevoegdheden van het verzorgingsstelsel. Samengevat vormen de laatste twee punten een principieel, aan de humaniteit van de samenleving ontleend bezwaar tegen koppeling van straffeloosheid aan het sociaal systeem van de hulpverlening, aan indicaties, gesteld door professionelen.[10]

Nadat het rapport van de Gezondheidsraad in ontvangst is genomen, wordt ter uitvoering van de motie-Dees op 19 oktober 1982 de Staatscommissie Euthanasie geïnstalleerd.[11] De samenstelling van de Staatscommissie valt niet bij iedereen in goede aarde. Terborgh-Dupuis (voorzitter van de NVVE) noemt de samenstelling een schandaal. Zij meent dat het laatste kabinet Van Agt in zijn nadagen op een “ongelooflijk slinkse en ondemocratische wijze (…) kans heeft gezien de maatschappelijke discussie over het euthanasievraagstuk zo niet te blokkeren, dan toch tenminste achteruit te helpen”. Zij spreekt van een CDA-coup en meent : “Met een enkele goede uitzondering worden de leden van de Commissie niet gehinderd door enige kennis van het euthanasievraagstuk.”[12] De NVVE heeft dus weinig vertrouwen in de Staatscommissie en geeft daarom op dit moment de voorkeur aan een regeling door middel van een gematigd vervolgingsbeleid.[13]

5.2 Discussie over zorgvuldigheidseisen

Op initiatief van de redactie van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* is in het najaar van 1980 een groepsgesprek belegd over vragen die zich in de praktijk voordoen met

---

10 Gezondheidsraad 1982: 99-107.

11 Het voorzitterschap is de raadsheer bij de Hoge Raad H.J.M. Jeukens. Leden zijn: M.W. van Beinum (hervormd predikant), A. van den Berg (verpleegkundige), L.A. Cahn (psychiater), W.J.Chr. van Gestel (geneeskundig hoofdinspecteur), W.C.M. Klijn (hoogleraar theologische ethiek), J.R.H. Kuyper (directeur hoofdafdeling staats- en strafrecht van het ministerie van Justitie), S.A. de Lange (hoogleraar neurochirurgie), H.J.J. Leenen (hoogleraar sociale achtergronden van gezondheid en gezondheidszorg), R.C. Lensink-Bosman (vice-president arrondissementsrechtbank), L.C.M. Meijers (advocaat-generaal bij de Hoge Raad), P. Mout (raadsheer bij de Hoge Raad), W. Nieboer (hoogleraar strafrecht, strafprocesrecht en forensische psychiatrie), A.P. Oliemans (huisarts) en C.J.B.J. Trimbos (hoogleraar preventieve en sociale psychiatrie).

12 Terborgh-Dupuis 1982: 1-2. In het *Welzijnsweekblad* noemt de socioloog Hilhorst de samenstelling verrassend. Ook hij is van mening dat de commissieleden, op enkele uitzonderingen na, tot op heden geen rol gespeeld hebben in de professionele en publieke meningsvorming en discussie over ‘euthanasie’ en dat de meesten niet bekend staan als deskundigen terzake. Hij stelt dat met het passeren van de twee euthanasie-organisaties bij het instellen van de staatscommissie een onaanvaardbaar deel van de Nederlands *knowhow* op dit gebied buiten de deur is gehouden (H. Hilhorst, ‘Staatscommissie Euthanasie: miskleun of opzet?’, *Welzijnsweekblad*, 21 januari 1983: 6). Op een kamervraag van het D’66 lid Tiesinga-Autsema over de samenstelling van de Staatscommissie Euthanasie, laat de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur - Van der Reijden - weten dat gestreefd is naar een evenwichtige vertegenwoordiging van personen die uit hoofde van hun medische, juridische of ethische professie kunnen adviseren en dat daarbij niet gevraagd is hoe zij persoonlijk staan tegenover ‘euthanasie’ (*Handelingen Eerste Kamer 1982-1983, Aanhangsel*, nr. 8).

13 Terborgh-Dupuis in *Hervormd Nederland* 29 oktober 1983: 47.

betrekking tot ‘euthanasie’.[14] In 1982 verschijnt naar aanleiding hiervan een publicatie van de hand van twee deelnemers - Leenen en Rasker - waarin ingegaan wordt op eisen die gesteld moeten worden aan toepassing van levensbeëindiging op verzoek.

In het groepsgesprek wordt euthanasie gedefinieerd als: “Een opzettelijk levensverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek.” In de discussie die daarop volgt, wijst de arts Van de Does de Willebois deze definitie van de hand. In zijn optiek is het nalaten van medisch zinloze handelingen geen ‘euthanasie’. Hij wil alleen van ‘euthanasie’ spreken wanneer de bedrijver ervan de bedoeling heeft om te doden.[15]

ZORGVULDIGHEIDSCRITERIA

De deelnemers aan het gesprek achten het verzoek een belangrijk element bij euthanasie. Zij menen dat met het verrichten van (ook passieve) ‘euthanasie zonder verzoek’ een grens overschreden wordt die niet overschreden dient te worden. Op een verzoek van de familie behoort niet te worden ingegaan, aldus de gespreksgroep, omdat zelfbeschikking over de eigen dood een hoogst persoonlijke zaak is. Bovendien kan die familie eigen belangen hebben bij het overlijden.

De gespreksgroep acht voor het handelen van de arts bij een verzoek om euthanasie, een aantal aanwijzingen van belang: draag zorg voor het verschaffen van goede informatie aan degene die om levensbeëindiging verzoekt, maak eventuele gewetensbezwaren meteen na het verzoek bekend en verwijs door naar een welwillende arts, draag er zorg voor dat aan de patiënt de geëigende en aangewezen zorg is verleend – zoals adequate pijnbestrijding, consulteer een of meer collega’s, zorg voor deskundige en zorgvuldige begeleiding van het proces van verzoek tot feitelijke verrichting, leg de wijze van begeleiding in de ziektegeschiedenis vast, voer de levensbeëindiging zelf uit en geef geen verklaring van natuurlijk overlijden af.[16]

De artsen Meijler en Roos stellen in een reactie op de publicatie dat er bovendien voorwaarden geformuleerd moeten worden ten aanzien van het lijden: er dient sprake te zijn van een eindstadium van een dodelijke organische ziekte gepaard gaande met ondraaglijk lijden en/of ontluistering. Zij menen dat, als aan de voorwaarden is voldaan en patiënt en behandelend arts tot de overtuiging zijn gekomen dat alleen euthanasie nog uitkomst kan brengen, beiden bereid dienen te zijn deze onherroepelijke stap te voorzien van optimale waarborgen vooraf en vooral ook van toetsing achteraf.[17]

Volgens Meijler en Roos kan en mag euthanasie uit de strafrechtelijke sfeer worden gehaald, mits de regels en voorwaarden gegeven door Leenen, Rasker en henzelf, in acht worden genomen.[18] Van der Sluis verzet zich tegen een dergelijke gedachte. In zijn optiek is een scherpe grens tussen palliatie met levensbekorting en ‘euthanasie’ meestal niet aanwezig. ‘Euthanasie’ is in zijn optiek een grensprobleem. Grensproblemen zullen er altijd zijn en waarschijnlijk worden ze slechts groter door legalisering. Wetten die dergelijke

[14] Bij dat gesprek waren aanwezig: L.B.W. Jongkees, H.J. Dokter, L.J. Endtz, C.G. Korevaar, J.K. van der Korst, H.J.J. Leenen, J.J. Rasker, H.G.M. Rooymans, A. Sikkel en H.M. Terborgh-Dupuis (Leenen en Rasker 1982: 553).
[15] Van der Does de Willebois 1982: 1107.
[16] Leenen en Rasker 1982: 554-557.
[17] Meijler en Roos 1982: 1268-1289.
[18] Meijler en Roos 1982: 1288.

uitzonderlijke gevallen pretenderen te regelen zijn altijd slechte wetten: “hard cases make bad laws”.[19]

In een andere reactie komt naar voren dat alleen wanneer de zieke niet meer kan slikkken, de arts euthanasie zou moeten toepassen. In andere gevallen moet hulp bij zelfdoding worden toegepast.[20] Er wordt ook op gewezen dat de patiënt over kan gaan tot voedselabstinentie.[21]

In de reacties ontspint zich ook een discussie over de rol van apothekers. De apotheker Hage-Noël is van mening dat de apotheker een eigen verantwoordelijkheid heeft en niet verplicht kan worden tot aflevering van een euthanaticum.[22] Leenen geeft hierop het antwoord dat de marges waarbinnen de apotheker kan weigeren een geneesmiddel op recept af te geven klein zijn. Die weigering moet gebaseerd zijn op zijn oordeel als apotheker. De apotheker mag niet weigeren op grond van overwegingen die berusten op een persoonlijke overtuiging. De arts en de patiënt zijn een bepaalde gedragslijn overeengekomen en de apotheker, die over een concrete problematiek geen oordeel kan hebben en daar niet bij betrokken is, mag het beleid van de behandelende arts dat in het recept tot uitdrukking komt, niet doorkruisen. Het stellen van voorwaarden ligt dan ook niet op de weg van de apotheker.[23]

Uit de discussie over de zorgvuldigheidscriteria blijkt dat sommige artsen, anders dan de rechtbanken tot dan toe, van mening zijn dat de terminale fase een noodzakelijke voorwaarde is voor het toepassen van euthanasie. Verder valt op dat er meer aandacht komt voor de procedurele eisen die aan euthanasie gesteld dienen te worden.

De verklaring van overlijden

Het tekenen van de overlijdensverklaring in geval van levensbeëindiging is een heet hangijzer. Het is duidelijk dat veel artsen wanneer ze euthanasie toepassen, aangeven dat er naar hun overtuiging sprake is geweest van natuurlijk overlijden. Een aantal redenen worden geopperd voor deze handelwijze: artsen vullen de overlijdensverklaring zo in omdat ze geen pottenkijkers willen, artsen redeneren op grond van slechts summiere kennis van de Wet op de Lijkbezorging dat ‘de natuur een handje helpen’ niets afdoet aan de eigenlijke oorzaak van de op handen zijnde dood, de patiënt legt de arts geheimhouding op,[24] de arts meldt niet vanwege de emotioneel zware consequenties die dat heeft voor de familie.[25]

De politiearts Cremers is van mening dat, door het invullen van de verklaring van natuurlijk overlijden de arts zich opstelt als alleenheerser en zich tot alleenrechter maakt. Hij is echter tegelijkertijd van oordeel dat de Wet op de Lijkbezorging geen goed middel is om de arts te controleren, omdat de controle staat of valt met de openheid van de arts.[26] De jurist Bos

[19] Van der Sluis 1983: 472-474. Hij vermeldt bovendien dat naar zijn ervaring kritiek op de euthanasiebeweging in Nederland nauwelijks meer wordt getolereerd.
[20] Schaepman-van Geuns 1982: 1697.
[21] Van der Kroon 1982: 1697.
[22] Hage-Noël 1982: 1055-1056.
[23] Leenen 1982: 1056.
[24] Deze redenen worden genoemd door Cremers (Cremers 1982: 989). Cremers zal later - wanneer hij bekritiseerd wordt - stellen dat hij zelf niet achter het argument van de geheimhoudingsplicht staat (Cremers 1983: 1356).
[25] Admiraal 1982 *Metamedica* : 287.
[26] Uit het feit dat er geen klachten van naasten komen over het laatste stadium mag worden afgeleid, aldus Cremers, dat de arts het blijkbaar goed doet. Als artsen niet willen dat hun handelen gecontroleerd wordt, en als de samenleving harde steeksproefgewijze controle niet verdedigbaar acht

verwerpt deze redenering als onoprecht en onrechtvaardig. Als men voor ‘euthanasie’ is - hijzelf is dat niet - dan moet men daar openlijk voor uitkomen en controle door justitie niet uit de weg gaan. Zwijgen is, in zijn optiek, een oneerlijke, heimelijke uitvlucht, die het aanzien van en het vertrouwen in de medische stand ondermijnt.[27]

Een jaar later reageert Leenen op de discussie over de doodsoorzakenverklaring. Het feit dat een patiënt een letale ziekte heeft en dat daarmee een doodsoorzaak aanwezig is die tot overlijden zou hebben geleid, is geen reden om te stellen dat de patiënt is overleden aan een natuurlijke doodsoorzaak. Het levensbeëindigend handelen leidt immers tot een eerder overlijden dan op grond van de ziekte het geval zou zijn geweest. Leenen acht het motief dat de arts moeite heeft met bemoeienis van lijkschouwer en officier van justitie niet valide. Hij meent dat een arts, die tot euthanasie en hulp bij zelfdoding overgaat, bereid moet zijn zich te verantwoorden. Volgens Leenen heeft de arts die zich houdt aan goede criteria geen strafvervolging te vrezen. Het gegeven dat de nabestaanden met een voor hen onbekende situatie kunnen worden geconfronteerd, vormt een reëel probleem. Dit is echter geen grond voor het ontduiken van de wet of voor het afleggen van een valse verklaring, aldus Leenen.[28]

De meest voor de hand liggende oplossing die Leenen ziet, is het aanpassen van de doodsoorzakenverklaring door euthanasie en hulp bij zelfdoding als aparte doodsoorzaken op te nemen in deze verklaring. In dat geval raken niet-geïnformeerde familieleden niet op de hoogte en kan de officier van justitie toch toetsen of de overlijdenshulp zorgvuldig volgens de criteria is gegeven. Dit laatste is ook in het algemeen belang. Leenen meent dat de weging tussen het extra leed voor de niet-geïnformeerde nabestaanden en het algemeen belang in andere handen behoort te liggen dan die van de arts.

De aandacht voor de verklaring van overlijden is een teken dat procedurele zorgvuldigheidseisen belangrijker beginnen te worden in de euthanasie-discussie. De aandacht voor dit onderwerp laat bovendien zien dat die discussie in een nieuw stadium verkeert, een waarin nagedacht wordt over hoe de maatschappelijke controle van euthanasie georganiseerd kan worden.

5.3 Toepassingen van euthanasie en vervolgingen

Schoonheim

Op 16 juli 1982 maakt de huisarts Schoonheim een einde aan het leven van een van zijn patiënten. De patiënte in kwestie, de 95-jarige M.B., heeft hem de afgelopen tien jaar verschillende malen gevraagd haar leven te beëindigen met behulp van een medische ingreep. Mevrouw B. lijdt sterk onder de gestage achteruitgang van haar gezondheid: achteruitgang van haar gehoor-, gezichts- en spraakvermogens, duizelingen, blijvende invaliditeit en bedlegerigheid ontstaan door een heupfractuur. Verdergaande lichamelijke

en als er van de naasten geen roep om controle komt, dan is berusting in de bestaande situatie het enige dat rest, concludeert Cremers (Cremers 1983: 1356).

27 Bos 1983: 90.

28 Leenen 1983 *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. De redenering van Cremers wat betreft het beroepsgeheim gaat volgens Leenen niet op. Het beroepsgeheim mag worden geschonden in drie gevallen: bij toestemming van de patiënt, bij wettelijk voorschrift, en bij conflict van plichten. Een dergelijk conflict kan alleen aanwezig zijn in die gevallen, waarin de wetgever niet zelf besloten heeft welke plicht moet prevaleren. Dat is in deze niet het geval.

aftakeling en ontluistering van haar persoon ligt in de lijn der verwachting.[29] In de week voorafgaande aan haar dood gaat de gezondheid van M.B. sterk achteruit. Zij kan niet meer eten en drinken en er treedt een bewustzijnsverlaging op. Op 12 juli gaat het haar weer wat beter. Zij kan weer spreken en is helder van geest. Zij heeft echter zowel geestelijk als lichamelijk ernstig geleden onder de inzinking. Zij verklaart een dergelijke ervaring niet nog eens mee te willen maken en ze dringt opnieuw aan op euthanasie. Wanneer haar zoon het verzoek ondersteunt, besluit Schoonheim aan het verlangen van M.B. toe te geven. Op 16 juli voert Schoonheim, in aanwezigheid van zijn arts-assistent, een laatste gesprek met de vrouw, haar zoon en schoondochter. In dat gesprek stelt mevrouw dat ze maar één wens heeft: zo snel mogelijk sterven. Aansluitend op dit gesprek beëindigt Schoonheim haar leven.

Schoonheim meldt de politie dat hij euthanasie heeft toegepast. Op verzoek van de hulpofficier van justitie schouwt een gemeentelijk lijkschouwer het lijk en verricht de gerechtelijk patholoog-anatoom een uit- en inwendige schouwing. Op basis van het toxicologisch onderzoek komt de apotheker-toxicoloog tot de conclusie dat de aangetroffen Diazepam aangewezen kan worden als de doodsoorzaak van mevrouw B.

Pols

In de nacht van 4 op 5 augustus 1982 maakt de psychiater Pols een einde aan het leven van haar vriendin H. S. Mevrouw S. is een 73-jarige *multiple sclerosis*- patiënte. Zij verblijft in een bejaardencentrum en haar toestand gaat steeds verder achteruit. In de loop der jaren vraagt zij mevrouw Pols bij herhaling en met aandrang haar te helpen sterven. In de betreffende nacht geeft mevrouw Pols haar een vloeistof waarin Seconal is opgelost. Mevrouw S. drinkt daar een paar glazen port bij om zo het effect van de Seconal te versterken. Hiervan raakt mevrouw S. bewusteloos.

Mevrouw Pols verklaart later, dat zij van half twaalf tot half twee 's nachts gewacht heeft, alvorens, uit vrees dat het verplegend personeel mevrouw S. vindt voordat ze gestorven is, drie injecties met elk 40 mg. morfine te geven.[30] Mevrouw Pols verklaart dat de ademhaling van mevrouw S. gestopt is tussen de tweede en derde injectie en dat ze na de laatste injectie geen hartslag en geen bloedruk meer heeft kunnen waarnemen.[31]

Bij thuiskomst stelt mevrouw Pols de officier van justitie in kennis van haar handelen, waarna het politieonderzoek begint. Processen-verbaal worden opgemaakt, er wordt sectie verricht en een toxicologisch onderzoek gedaan. Mevrouw Pols zal in april 1984 voor de rechtbank Groningen verschijnen.

Schoonheim voor de rechtbank Alkmaar

Josephus Jitta, de hoofdofficier van het district Alkmaar is ervan overtuigd dat Schoonheim voldaan heeft aan de voorwaarden die gesteld zijn in de vonnissen van de zaken Postma en Wertheim. Hij adviseert het College van Procureurs-Generaal de zaak te seponeren. Dit advies wordt door hen echter niet opgevolgd en het parket Alkmaar krijgt de opdracht de zaak voor de rechter te brengen. De reden hiervoor lijkt te zijn dat men meer duidelijkheid wil over de voorwaarden voor toelaatbare euthanasie, met name de eis van consultatie en de eisen die er gesteld moeten worden aan het lijden. Men betwijfelt of het overleg met de

[29] *Nederlandse Jurisprudentie* 1984, nr. 43.
[30] Informatie over middelen heeft mevrouw Pols verkregen via de eerder vermelde brochure *Verantwoorde Euthanasie* van Admiraal.
[31] *Nederlandse Jurisprudentie* 1984, nr. 450.

arts-assistent gekenmerkt kan worden als een voldoende onafhankelijke consultatie. Verder vraagt men zich af of er in dit geval gesproken kan worden van ondraaglijk lijden. Dit laatste mede in het licht van het feit dat de toestand van mevrouw op het moment van de euthanasie, aan de beterende hand was.[32] Een andere vraag die er leeft, is of euthanasie wel toegepast kan worden bij een patiënt van wie het lijden in belangrijke mate psychisch bepaald is.[33]

In april 1983 komt de zaak Schoonheim voor de rechtbank Alkmaar. De officier van justitie legt Schoonheim ten laste dat hij mevrouw B., op haar uitdrukkelijk en ernstig verlangen van het leven heeft beroofd. In haar requisitoir prijst de officier het optreden van Schoonheim en zijn moed om in het openbaar verantwoording af te leggen. Zij stelt dat naar haar mening de wet hopeloos achterloopt bij de maatschappelijke ontwikkelingen inzake het zelfbeschikkingsrecht.[34]

Schoonheim heeft de Arnhemse advocaat Sutorius in de arm genomen. Daarmee heeft hij een advocaat die ervan houdt om zaken principieel aan te pakken. Sutorius brengt naar voren dat het gedrag van Schoonheim niet aangemerkt kan worden als ‘van het leven beroven’. Een actief en opzettelijk element heeft immers ontbroken in zijn gedrag bij de levensbeëindiging van mevrouw.

De rechtbank verwerpt dit verweer. Zij stelt dat de uitdrukking ‘van het leven beroven’ gangbaar taalgebruik was in de tijd van de totstandkoming van de betreffende wetsbepaling. De uitdrukking dient beschouwd te worden als synoniem van ‘doden’ of ‘doen sterven’. Bovendien is de rechtbank van mening dat nergens uit blijkt dat de wetgever met de term ‘van het leven beroven’ een actief en opzettelijk element in het gedrag van de dader, zoals door de raadsman bedoeld, noodzakelijk heeft geacht. Uit de Memorie van Toelichting op artikel 293 blijkt, zo stelt de rechtbank, dat de wet niet de aanval tegen het leven van een bepaald persoon bestraft, maar de schending van de eerbied aan het menselijk leven in het algemeen verschuldigde, onverschillig uit welk motief gehandeld wordt.

Het tweede verweer van Sutorius is dat er sprake is van een ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid. Ten aanzien van dit verweer overweegt de rechtbank

> dat in steeds bredere kring wordt aanvaard het zelfbeschikkingsrecht in zake de beëindiging van het eigen leven; dat het een feit van algemene bekendheid is dat het voor op aanvaardbare, niet geweldadige wijze beëindigen van het eigen leven hulp van derden veelal noodzakelijk is; dat derhalve aan het verlenen van hulp bij vrijwillige levensbeëindiging, ook al levert die hulpverlening in formele zin een overtreding van art. 293 of art. 294 Sr op, de materiële wederrechtelijkheid kan ontbreken, indien en voor zover dat handelen rechtens niet als onwenselijk aangemerkt kan worden.[35]

Tot het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid kan worden besloten wanneer de hulpverlening aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De rechtbank stelt dat er sprake moet zijn van een weloverwogen verzoek, van duurzaam lijden en van zorgvuldig handelen door de hulpverlener. De rechtbank is van mening dat in de zaak Schoonheim aan deze

---

32 Anjewieden 1988: 22.
33 Feber 1987 *Euthanasie*: 58.
34 Herbergs 1984: 157-158.
35 *Nederlandse Jurisprudentie* 1983, nr. 407: 1277.

voorwaarden is voldaan en ontslaat hem van rechtsvervolging.[36] Het Openbaar Ministerie gaat tegen dit vonnis in hoger beroep.

De Alkmaarse rechtszaak leidt tot vragen in het parlement. Op de vraag aan de minister of er sprake is van een soepeler vervolgingsbeleid, antwoordt minister Korthals Altes ontkennend. Op de vraag of de officier van justitie in de zaak Schoonheim haar mening over zelfbeschikking mocht uiten, maakt de minister een onderscheid tussen de persoonlijke opvatting van de officier en de opvattingen van het Openbaar Ministerie. De officier van justitie heeft de door haar geuite opvatting, dat het recht op zelfbeschikking over het leven een grondrecht van de burger is, inclusief het recht om aan dat leven een einde te maken, niet naar voren gebracht als de visie van het Openbaar Ministerie. Zij heeft op basis van de opvattingen van het Openbaar Ministerie geconcludeerd tot strafbaarheid van de arts. Na kennisneming van het requisitoir is de minister van mening dat het vervolgingsbeleid naar vorm en inhoud niet ongeloofwaardig is gemaakt.[37]

De uitspraak van de rechtbank Alkmaar leidt eveneens tot commentaren buiten het parlement. Leenen, lid van de Staatscommissie Euthanasie, noemt het vonnis belangrijk omdat het uitdrukkelijk uitgaat van het zelfbeschikkingsrecht van de mens. Hetgeen de patiënt wil, is als basis van de hulpverlening genomen. De criteria voor hulpverlening komen op de tweede plaats. De gedachtegang van dit vonnis is dan ook principieel anders dan die van de eerdere vonnissen van Leeuwarden en Rotterdam, aldus Leenen.[38]

De jurist Scholten stelt dat het terecht is dat het Openbaar Ministerie in beroep is gegaan. Niet zozeer omdat de dader niet vrijuit moet gaan maar vanwege de algemene werking die er van dit vonnis uitgaat: “het zet de deur open naar algehele straffeloosheid van euthanasie”. Naar haar mening staat de strekking van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht niet op één lijn met de waarde dat het mogelijk moet zijn onder vastgestelde voorwaarden een einde te maken aan ondraaglijk lichamelijk lijden. Bescherming van het leven verdient hogere prioriteit. Volgens haar gaat het in het hoger beroep om het vinden van een juridische constructie die euthanasie door artsen, onder voorwaarden, juridisch mogelijk maakt, zonder artikel 293 uit het Wetboek van Strafrecht te schrappen.[39]

De Blois en Borst - eveneens juristen - reageren negatief op het vonnis. Zij zijn van mening dat in het geldend recht geen grondslag te vinden is voor een zelfbeschikkingsrecht van de mens in het algemeen. Bovendien menen zij dat sommige rechten zo fundamenteel zijn dat

---

36 *Nederlandse Jurisprudentie* 1983, nr. 407: 1277. Sutorius heeft ook nog een derde verweer naar voren gebracht - een beroep op overmacht - maar dat is, na het accepteren van het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid, niet meer in beschouwing genomen.

37 Het gaat hierbij om vragen van leden van de Tweede Kamer - Leerling (RPF) en Schutte (GPV) - en een lid van de Eerste Kamer - Leyten- de Wijkerslooth de Weerdesteyn (CDA) (*Handelingen Tweede Kamer 1982-1983, Aanhangsel*, nr. 940 en nr. 836; *Handelingen Eerste Kamer 1982-1983, Aanhangsel*, nr. 39). Naar aanleiding van de antwoorden van de minister stelt Leyten een aantal aanvullende vragen onder andere naar de bestaande jurisprudentie omtrent combinaties van doden op verzoek en hulp bij zelfdoding door een arts. Korthals Altes antwoordt dat hem een zaak bekend is die geseponeerd is waarin een arts zijn patiënt middelen tot zelfdoding heeft verschaft en toen de beoogde uitwerking van deze middelen uitbleef zelf een handeling verricht heeft waardoor de dood van de patiënt is ingetreden (*Handelingen Eerste Kamer 1983-1984, Aanhangsel*, nr. 17). Leyten heeft ook aangedrongen op een interimrapport van de Staatscommissie Euthanasie over het geldende recht en de uitleg daarvan in de rechtsspraak, maar de staatscommissie heeft laten weten niet voornemens te zijn een dergelijk rapport uit te brengen.

38 Leenen in noot onder het vonnis van de Arrondissementsrechtbank Alkmaar 10 mei 1983 in *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1983: 208.

39 Scholten 1983: 1447-1449.

ook de rechthebbende daarover niet kan beschikken. Het recht op leven behoort daar in hun optiek toe. Zij concluderen dat de rechtbank in haar uitspraak ten onrechte refereert aan een zelfbeschikkingsrecht inzake de beëindiging van het leven. In hun ogen is zelfbeschikking een politiek *desideratum* en geen recht. Ook zwakt, in hun optiek, de rechtbank Alkmaar de tot nu toe gestelde voorwaarden af. De Blois en Borst willen graag dat de Alkmaarse beslissing ter toetsing aan hogere rechterlijke instanties wordt voorgelegd, omdat "dergelijke inconstitutionele rechterlijke uitspraken niet dienen te worden ontzien". [40]

De Nederlandse bisschoppen maken in een brief aan minister-president Lubbers hun bezorgdheid kenbaar over uitspraak en procesgang in de zaken Wertheim en Schoonheim. Zij vinden dat de huidige wet wordt uitgehold en schrijven dat toe aan twee factoren: de uiteenlopende interpretaties van het begrip 'euthanasie', en een te ruime opvatting over de invloed die in de maatschappij levende denkbeelden - ook als ze tegen de wet ingaan - zouden mogen hebben op rechterlijke uitspraken. De bisschoppen menen dat de grens naar 'actieve directe euthanasie' niet moet worden overschreden. Zij achten de dood als neveneffect van pijnbestrijding toegestaan en ook oordeelvorming over zin of zinloosheid van menselijke interventies. 'Euthanasie' impliceert echter een geheel ander oordeel: het bevat een uitspraak over de zinloosheid van het nog resterende leven zelf. Mensen en een gemeenschap van mensen moeten zich van een dergelijk oordeel onthouden, aldus de bisschoppen.[41]

Getuigenissen uit de praktijk

Naast de gegevens die vrijkomen uit de jurisprudentie beschikken we over een aantal bronnen die informatie bieden over de eisen die artsen zelf aan een zorgvuldige euthanasietoepassing stellen. Wat betreft artsen die positief staan tegenover euthanasie zijn drie bronnen van belang: de geschriften van de huisarts Kenter, een artikel van de latere hoogleraar huisartsengeneeskunde Meyboom-de Jong en een niet gepubliceerd verslag waarin vier artsen geinterviewd worden.

Eind 1983 verschijnt er in *Medisch Contact* een artikel van de huisarts Kenter, waarin hij zeven gevallen van 'euthanasie'[42] uitgebreid beschrijft, waar hij in de periode 1976-1981 mee te maken heeft gehad. De drie hier volgende gevallen kunnen aangeduid worden als euthanasie in de huidige betekenis van het woord. De eerste casus betreft een 29-jarige vrouw die door suikerziekte in een deplorabele situatie terecht is gekomen. De pijn en de *infauste* prognose maken het leven voor haar ondraaglijk en zinloos, en zij uit de wens tot levensbeëindiging. Haar ouders en zusters steunen haar in haar wens en na overleg met specialisten wordt de euthanasie uitgevoerd. Het tweede geval betreft een 58-jarige kankerpatiënte met uitzaaiingen. Bij haar wordt tot een palliatief beleid besloten, waarop de specialist haar terugverwijst naar Kenter. Tijdens een gesprek, waarbij ook haar echtgenoot aanwezig is, komt de vraag naar voren of Kenter bereid is tot euthanasie. Kenter is van mening dat de vrouw zich zorgvuldig voorbereid heeft op de dood, zij heeft alles - waaronder een euthanasieverklaring - zelf geregeld. Ook bij haar wordt euthanasie toegepast. Het derde geval betreft een vrouw van 85 jaar die, eveneens door kanker, immobiel is, ernstige pijn lijdt en voedselproblemen heeft. Reeds in het ziekenhuis heeft zij, tijdens een bezoek van Kenter, euthanasie ter sprake gebracht. Zij maakt duidelijk dat ze uit

[40] De Blois en Borst 1983: 1249-1253.

[41] De brief is gedateerd 16 juni 1983 en is onder andere gebaseerd op een advies van een werkgroep onder voorzitterschap van F. Oostvogel (*Biltstraat 1-2-1* 1983: 235-236). De Katholieke Vereniging van Ziekeninrichtingen sluit zich in een brief aan de minister-president aan bij de Nederlandse bisschoppen (*Biltstraat 1-2-1* 1983: 289).

[42] Kenter bespreekt zowel gevallen van 'actieve' als van 'passieve euthanasie'.

het ziekenhuis ontslagen wil worden en in het verzorgingstehuis waar ze woont, wil sterven. Alhoewel dat in het tehuis wel enige problemen veroorzaakt, wordt de euthanasie daar toegepast. Een vierde casus betreft zelfdoding. Het gaat om een 74-jarige vrouw, eveneens kankerpatiënte. De vrouw weigert specialistische begeleiding. Zij wil geen belastende onderzoeken en ziet haar toekomst als kortdurend. Zij krijgt een zogenaamde 'Brompton-cocktail' wegens toenemende heftige pijn en de volgende ochtend wordt zij dood in bed gevonden. Zij heeft alles in één keer ingenomen.

Kenter meldt in zijn beschouwing dat het hem bekend is dat in voorkomende gevallen waarbij 'euthanasie' wordt toegepast dikwijls wordt nagelaten te vermelden dat levensbeëindigend handelen de doodsoorzaak is. Kenter, die het aantal malen dat 'euthanasie' wordt toegepast schat op 10% van de sterfgevallen, is van mening dat in de praktijk levensbeëindiging plaatsvindt in de terminale fase.[43] Hij meent dat het doel niet een bekorting van het leven is, maar een beëindiging van onomkeerbaar ernstig lijden waarbij vitale functies zijn ondermijnd. 'Euthanasie', zo is Kenters overtuiging, is geen impulsieve handeling, maar een zorgvuldig afgewogen onderdeel van de stervensbegeleiding van een patiënt en diens omgeving. De huisarts vervult daarin een centrale rol en hij moet nauwgezet verschillende procedures volgen, waaronder overleg met de familie, met de behandelend specialist of met een onafhankelijk vertrouwensarts.[44] Over het moment van uitvoering heeft de huisarts het laatste woord, omdat hij door zijn medische deskundigheid en ervaring, minder subjectief staat tegenover het stervensproces dan de andere betrokkenen. Het is zeer gewenst, zo besluit Kenter zijn artikel, dat er meer en openlijker wordt gepubliceerd over 'euthanasie'. Door aldus de feitelijke situatie meer prijs te geven, zo meent hij, vergroot men de kans op meer begrip, op het vermijden van kunstfouten en draagt men bij aan het wegwerken van de juridische achterstand op de medische feiten.[45]

Een jaar later verschijnt er een boekje van de hand van Kenter, waarin hij zijn gegevens en overwegingen uit het artikel in *Medisch Contact* verder uitwerkt.[46] Kenter onderstreept dat 'euthanasie' vrijwillig moet zijn, dat wil zeggen op uitdrukkelijk en herhaald verzoek. Het verzoek moet, naar zijn mening, ingegeven zijn door het verlangen van de betrokkene uit

---

[43] Iemand die niet ernstig lijdt en bij wie het einde niet in zicht is moet niet bij Kenter zijn, blijkt in een interview in *De Tijd*. Hij acht zich niet competent dat te beoordelen, dat moet een psychiater doen (P. van den Eijk, 'Uit de praktijk van een Aerdenhoutse huisarts', *De Tijd,* 7 oktober 1983).

[44] Elders stelt Kenter dat hij de specialist raadpleegt over de diagnose en prognose. Hij bespreekt met hem de mogelijkheid van levensbeëindiging - tenminste als hij niet bij voorbaat weet dat deze daarvan een tegenstander is. Als de specialist tegenstander is van 'euthanasie', spreekt hij er met een andere arts over. Kenter meent dat collegiaal overleg belangrijk is om eventuele relativeringen van de eigen overtuigingen te vernemen en niet het gevaar te lopen te worden meegesleept door de verzoeken van de familie (*De Tijd*, 7 oktober 1983).

[45] Kenter 1983.
Op een vraag van de parlementariër Schutte (GPV) naar aanleiding van dit artikel deelt minister Korthals Altes van Justitie mee dat onmiddellijk na kennisgeving van het artikel de hoofdofficier van justitie te Haarlem besloten heeft een onderzoek in te stellen. Deze heeft samen met de inspecteur van de volksgezondheid een gesprek gevoerd met Kenter. In dat gesprek is onder ander vastgesteld dat Kenter een aantal keren niet gehandeld heeft overeenkomstig de bepalingen van de Wet op de Lijkbezorging, met andere woorden dat hij een valse verklaring van natuurlijk overlijden heeft afgegeven. Van dat gesprek heeft de hoofdofficier een verslag gemaakt dat hij, vergezeld van zijn advies, heeft doen toekomen aan de procureur-generaal bij het Gerechtshof te Amsterdam. Daarna is de zaak besproken in de vergadering van de procureurs-generaal. Naar aanleiding van die bespreking is de procureur-generaal bij het Gerechthof Amsterdam tot het oordeel gekomen dat, gelet op de beschikbare gegevens, er onvoldoende reden bestaat het onderzoek in deze zaken voort te zetten (*Handelingen Tweede Kamer, 1983-1984, Aanhangsel*, nr. 201).

[46] Kenter 1984.

het lijden verlost te worden door de enige overgebleven mogelijkheid: de dood. Kenter meent dat de stelling dat optimale stervensbegeleiding actieve levensbeëindiging altijd overbodig maakt, getuigt van veel pretenties. Men gaat dan voorbij aan de uitdrukkelijke wens tot 'euthanasie' die bij een aantal patiënten wel degelijk bestaat, ook bij optimale stervensbegeleiding. Mensen die beweren dat 'euthanasie' overbodig zou zijn, blijven steken in eigen gevoel, taboe of religieuze overtuiging. Het is goed voorstelbaar, zo meent hij, dat bij een bepaalde houding van de arts, verzoeken om 'euthanasie' hem niet bereiken en dat hij zo met een dergelijke attitude zijn gelijk binnenhaalt.

De arts Meyboom-De Jong - werkzaam op het huisartsen-instituut in Groningen - publiceert in hetzelfde jaar een klinische les die handelt over vier gevallen van levensbeëindiging haar aangeleverd door huisartsen. Bij het bespreken van deze gevallen baseert zij zich op de voorwaarden zoals die door Leenen en Rasker beschreven zijn. In de eerste door haar genoemde casus is volgens Meyboom-De Jong euthanasie *lege artis* toegepast, maar er is een verklaring van natuurlijk overlijden ingevuld met als motivatie dat de patiënt binnen enkele dagen toch zou zijn overleden. In de tweede casus zet de patiënte de dokter - die in principe bereid is tot euthanasie - onder druk om de euthanasie op een voor de arts te vroeg tijdstip uit te voeren. Bovendien wil de patiënte dat hij de euthanasie stiekem toepast. Ook deze keer is een verklaring van natuurlijk overlijden af gegeven. De derde casus gaat om een patiënt in coma, wiens leven door middel van het toedienen van morfine is beëindigd. De vierde casus betreft een technisch onbeholpen uitgevoerde euthanasie bij een patiënt met kanker. Ook in beide laatste situaties is een verklaring van natuurlijk overlijden afgegeven.

Meyboom-de Jong concludeert dat er steeds meerdere gesprekken zijn geweest, dat er in geen enkel geval sprake is geweest van een euthanasieverklaring, dat er geen richtlijnen te geven zijn voor het kiezen van het moment voor levensbeëindiging, en dat het afscheid nemen een belangrijke plaats bij het sterven inneemt. Het is duidelijk, zo vervolgt zij, dat artsen het moeilijk vinden om, na 'euthanasie', geen verklaring van natuurlijke dood af te geven. Zij vraagt zich af of een verklaring waarop men aan kan geven dat 'euthanasie' is toegepast, een oplossing biedt. Verder meent zij dat aan de voorwaarden voor 'euthanasie' een nadere omschrijving van de relatie tussen arts en patiënt toegevoegd dient te worden. Ten slotte stelt zij dat arts en patiënt een aantal open gesprekken moeten kunnen voeren, zo mogelijk in aanwezigheid van andere betrokkenen. In deze gesprekken moeten verschillende zaken aan de orde komen: de ziekte van de patiënt, zijn vooruitzichten en zijn sterven, de moeilijkheden en twijfel van patiënt en arts en hun gevoelens van machteloosheid en hoop.[47]

Uit een niet gepubliceerd verslag in deze periode van interviews met vier artsen[48], blijkt dat deze artsen zeggen minstens 18 maal 'euthanasie' te hebben toegepast in de laatste drie à vier jaar. De artsen zeggen de minste moeite te hebben met het accepteren van de euthanasievraag bij oude mensen, die aan een kwaadaardige ziekte lijden en ernstige, niet te bestrijden pijn lijden. De meeste problemen hebben de artsen met euthanasievragen van

---

[47] Meyboom-De Jong 1983. Ook de huisarts Ponsioen publiceert over zijn ervaringen met levensbeëindiging. Uit die publicatie blijkt dat hij twee maal euthanasie heeft toegepast met behulp van insuline. In zijn casus wordt duidelijk dat er contact is geweest met de familie maar het blijft onduidelijk of een collega geconsulteerd is. Ook hij heeft de verklaring van natuurlijk overlijden afgegeven (Ponsioen 1983).

[48] Document afgegeven als bijlage bij het Gerechtshof Leeuwarden door de raadsman van mevrouw Pols.

patiënten met ernstig psychisch lijden ten gevolge van somatische ziekte en beperkingen, die echter niet in de stervensfase verkeren.

Volgens deze vier artsen stelt de patiënt vrijwel steeds zelf de vraag om levensbekorting. Slechts een enkele maal wordt de vraag via de familie gesteld maar in die gevallen verifiëren zij de wens bij de patiënt. Over het betrekken van familie bij levensbeëindiging, zijn de meningen verdeeld: sommigen vinden dit per se nodig om problemen achteraf te voorkomen terwijl anderen hierbij de wens van de patiënt willen respecteren. Slechts in twee gevallen is overleg gepleegd met een collega. In de overige gevallen heeft men daar geen behoefte aan gehad of men heeft er moeite mee om collega's te raadplegen. Soms wordt consulteren zelfs als ongewenst ervaren, omdat men 'euthanasie' een vertrouwenszaak tussen patiënt en arts vindt. Veranderingen in de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht achten deze artsen niet noodzakelijk, al zouden zij wel graag zien dat ze niet formeel strafbaar zijn bij 'euthanasie' of hulp bij zelfdoding. Zij ervaren het echter als ongewenst om vooraf met commissies of instanties te moeten overleggen, of dat achteraf toetsing in de vorm van obductie plaatsvindt. Men ervaart dit als een overbodige en te grote verstoring van de normale gang van zaken.

Uit de hier beschreven getuigenissen uit de praktijk blijkt dat euthanasie heel wat vaker wordt toegepast dan wordt gemeld. Hoeveel vaker is onduidelijk. Vanaf dit moment zullen steeds opnieuw mensen gissingen daaromtrent doen. Wat betreft de zorgvuldigheidseisen valt uit de verslagen af te leiden dat artsen het belangrijk vinden dat er een verzoek om levensbeëindiging is en dat er sprake is van een zeer ernstig lijden. Het lijkt erop dat ze ingaan op het verzoek als de doodswens voor henzelf invoelbaar is. Aan de procedurele vereisten van consultatie, verslaglegging en melding – zoals genoemd door Leenen en Rasker[49] - wordt nauwelijks voldaan, de enige uitzondering is misschien het overleg met de naaststaanden van degene met de doodswens.

Op de artikelen van Kenter – en andere artsen die zich positief betonen over de toepassing van euthanasie – komen sterk afwijzende reacties, onder andere van de moraal-theoloog Klijn, een lid van de Staatscommissie Euthanasie en de ook al eerder genoemde cardioloog Meijler en de dermatoloog Van der Sluis.

Klijn reageert op Kenter met te stellen dat de verantwoordelijkheid van de medicus in relatie tot de eindterm - de dood van de patiënt - op een andere wijze en in een andere mate geïnvolveerd is al naargelang het een van de volgende handelingen betreft: het niet beginnen van een behandeling, het staken van een behandeling, het bestrijden van pijn en symptomen met als neveneffect een levensbekorting, en 'actieve directe euthanasie'. Hij meent dat de kern van de discussie wat betreft de ethische waardering gegeven is in de vraag: "Is het verantwoord de grens naar de zogenaamde actieve directe euthanasie te overschrijden?"[50] Klijn beantwoordt deze vraag ontkennend. Hij meent dat als de stap naar 'euthanasie' op verzoek wordt gedaan, er straks geen redelijke en geloofwaardige argumenten meer zijn om andere grenzen te handhaven. Volgens Klijn wijst de praktijk dat ook uit.[51]

---

[49] Beschreven in paragraaf 5.2.

[50] Met 'actieve directe euthanasie' bedoelt Klijn het "aanbrengen of toedienen van een (vervangende) doodsoorzaak, met de opzet dat door de aard zelf van het middel de patiënt overlijdt, en wel nú of althans eerder dan het moment waarop hij anders zou overlijden". Volgens Klijn is 'de natuur een handje helpen' ook 'euthanasie' (Klijn 1984: 183-184).

[51] Klijn 1984. Hij duidt dit aan als "het hellend vlak in principiële zin".

Meijler spreekt van ‘exhibitionisme’ en stelt dat de arts niet geacht wordt zijn beroepsproblemen te etaleren. Bovendien is in zijn optiek de arts niet geroepen het leven op gezag van derden te beëindigen. Het streven de wettelijke bepalingen ten aanzien van ‘euthanasie’ te verruimen heeft dan ook in zijn ogen niets met geneeskunde te maken maar alles met het aantasten van de unieke vertrouwenspositie die de arts bij zijn patiënten hoort in te nemen. Het hele probleem is, zo meent Meijler, fictief: gewetensvolle artsen laten hun patiënten niet nodeloos lijden.[52]

Van der Sluis ageert, met verwijzing naar de huisartsen Kenter en Ponsioen, tegen artsen die hun ten dode opgeschreven patiënten confronteren met het recht op sterven. Hij vraagt zich af

> hoe mensen die nog wat willen leven, kunnen worden beschermd tegen de ‘initiatieven’, ‘peilingen’, suggesties, en toespelingen die onvermijdelijk horen bij de sociaal aanvaarde euthanasie waar men naar streeft. Om nog maar te zwijgen van de blijken van ongeduld en de gezamenlijke besluitvorming.[53]

Hij meent dat het “recht om te sterven als een sociaal gebruik, in een wet of voorschrift vastgelegd, op formulieren aangevraagd of gerapporteerd en na een collectief besluit uitgevoerd” maar al te gemakkelijk een gevaar kan worden voor de zieke en in zijn tegendeel kan omslaan.[54]

Een andere tegenstander van euthanasie, de arts Kruijthoff - doet een onderzoek naar de praktijkervaringen van 23 artsen die bezwaren hebben tegen de toepassing van ‘euthanasie’. ‘Euthanasie’ definieert hij als “een opzettelijk levensbekortend handelen bij een patiënt, dat door de uitvoerder geacht wordt in zijn of haar belang te zijn, wel (=vrijwillig) of niet (=onvrijwillig) op verzoek van de betrokkene”. Daarbij maakt hij nog onderscheid tussen ‘actieve’ en ‘passieve euthanasie’. Uit het onderzoek blijkt volgens Kruijthoff dat de onderzochte artsen geheel of grotendeels tegen actieve levensbeëindiging zijn en dat zij gematigd positief aankijken tegen passieve vormen ervan. Verder blijkt dat deze artsen de benaming ‘passieve euthanasie’ belastend vinden voor wat zij beschouwen als normaal medisch handelen. Deze artsen ervaren dat de vraag om levenbeëindiging vaak verdwijnt bij een goede begeleiding en dat dus het advies dat een arts met gewetensbezwaren moet doorverwijzen, niet nagevolgd moet worden. Kruijthoff trekt de conclusie dat de discussie niet primair over levensbeëindiging moet gaan, maar over stervensbegeleiding in al haar facetten. Hij pleit gezien het grote belang van de problematiek voor onderzoek onder grotere groepen.[55]

Uit de reacties van de tegenstanders blijkt nog weer eens dat zij vrezen voor het hellend vlak, dat zij menen dat levensbeëindiging niet tot het takenpakket van de arts behoort en dat zij zich verzetten tegen het op een lijn brengen van actieve levensbeëindiging en het stoppen met een behandeling.

---

52 Meijler 1983: 1427. De huisarts Cohen reageert in een ingezonden brief hierop door te stellen dat wie het onderwerp euthanasie uit het arts-patiëntoverleg wil bannen de tekenen des tijds niet duidelijk verstaat (Cohen 1984: 5).
53 Van der Sluis 1984: 1248.
54 Van der Sluis 1984: 1294.
55 Kruijthoff 1985.

Admiraal

Op 4 november 1983 maakt de anesthesioloog Admiraal een einde aan het leven van een 34-jarige vrouw. De vrouw lijdt sedert 1976 aan *multiple sclerose*. Vanaf 1981 wordt zij in een verpleeghuis verzorgd en sedert juni 1983 is zij volkomen verpleegbehoeftig. Het slikken wordt steeds moeilijker, het spreken is nog net verstaanbaar en het gezichtsvermogen vermindert. Ook het ademhalen wordt steeds moeilijker en de vrouw vreest te stikken of aan een beademingsapparaat aangesloten te worden. De enige beweging die zij in juni 1983 nog kan maken is het even optillen van haar linkerhand. Dit onvermogen kwelt haar zeer. In de periode juni-oktober 1983 wordt in haar toestand een achteruitgang geconstateerd. Zij maakt kenbaar dat zij een einde wil maken aan haar leven, een voornemen dat ze ook al eerder heeft geuit.

Daar de geneesheer-directeur van het verpleeghuis waarin de vrouw verblijft, niet mee wil werken aan euthanasie, wordt via de NVVE en andere kanalen Admiraal benaderd. Deze geeft te kennen geen oordeel te willen vellen over de zaak alvorens met de behandelend geneesheer gesproken is en stelt tevens de eis dat de ouders van de vrouw op de hoogte worden gesteld. Nadat dit gebeurd is, vindt nog een aantal gesprekken plaats tussen de vrouw en Admiraal, voordat hij besluit haar op te nemen in het ziekenhuis waar hij werkt, en haar geval voor te leggen aan het stervensbegeleidingsteam van dit ziekenhuis. Nadat de vrouw herhaalde malen aan Admiraal en aan de leden van het stervensbegeleidingsteam de wens tot levensbeëindiging te kennen heeft gegeven en nadat Admiraal de ethicus Kuitert heeft geraadpleegd, besluit het team unaniem dat de vrouw in aanmerking komt voor de door haar gewenste euthanasie. Voordat Admiraal overgaat tot beëindiging van het leven van de vrouw, stelt hij de directeur van de GG en GD en de inspecteur van de volksgezondheid van zijn voornemen in kennis.[56]

De lijkschouwer, tevens directeur van de GG en GD, stelt in zijn verklaring van 4 november 1983, dat naar zijn stellige overtuiging in deze zaak in ieder opzicht zeer zorgvuldig gehandeld is en dat er voldoende redenen aanwezig waren om gehoor te geven aan het dringende verzoek van de vrouw om haar lijden te bekorten. Ten overstaan van de rechter-commissaris verklaart de inspecteur van de volksgezondheid desgevraagd geen reden te hebben gezien om over te gaan tot tuchtrechtelijke toetsing van de handelwijze van Admiraal, gezien de zorgvuldigheid waarmee de besluitvorming en de uitvoering tot stand zijn gekomen. Desalniettemin zal ook deze zaak voor de rechtbank komen, omdat er ook deze keer - evenals in de zaak Schoonheim – bij het Openbaar Ministerie vragen leven omtrent de consultatie.[57]

---

56 *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 709.

57 Uit een vraag van het kamerlid Schutte (GPV) blijkt dat dit niet het eerste geval van euthanasie is dat Admiraal heeft toegepast. Schutte laat weten dat hij heeft gehoord dat de anesthesioloog van het Hyppolytusziekenhuis in Delft (het ziekenhuis waar Admiraal werkt) heeft gezegd dat in zijn ziekenhuis een verzoek om euthanasie “in de meest actieve vorm” wordt ingewilligd. Schutte vraagt om een onderzoek naar de overlijdensverklaringen. Korthals Altes antwoordt dat de in zeer algemene termen gestelde uitlatingen van de betrokken anesthesioloog het Openbaar Ministerie geen feitelijke aanknopingspunten bieden voor het instellen van een opsporingsonderzoek. Desalniettemin heeft de hoofdofficier van justitie in het district aanleiding gevonden tot uitvoerig, nog niet afgesloten overleg met de Geneeskundige Inspectie ten einde ingelicht te worden over de gang van zaken in het ziekenhuis. Op grond van dat overleg moet worden aangenomen dat in een aantal gevallen de bepalingen van de Wet op de Lijkbezorging niet zijn nageleefd (*Handelingen Tweede Kamer 1983-1984*, *Aanhangsel*, nr. 256).
Later laat Admiraal weten dat hij zich één keer eerder toetsbaar heeft willen opstellen. De gemeentelijk lijkschouwer heeft toen echter natuurlijke dood ingevuld, zodat justitie toch niet van de zaak op de hoogte is geraakt. Het invullen van de verklaring van natuurlijk overlijden, motiveert Admiraal door te

Schoonheim voor het Gerechtshof Amsterdam

Tegen het vonnis van de rechtbank Alkmaar in de zaak Schoonheim is door het Openbaar Ministerie om een drietal redenen hoger beroep ingesteld. De eerste is dat de door de rechtbank gebezigde formulering van de voorwaarden nogal afwijkt van de eerdere jurisprudentie. Het Openbaar Ministerie vreest, dat daardoor onduidelijkheid kan ontstaan over de inhoud en de betekenis van de in de eerdere vonnissen gestelde voorwaarden. Het Openbaar Ministerie blijft bovendien bij haar mening dat aan de zorgvuldigheidseisen niet is voldaan. De derde reden lijkt te liggen in de juridische grondslag waarop de rechtbank zijn beslissing heeft gebaseerd: het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid. Het Openbaar Ministerie acht dat in Nederland geen rechtsgeldige grondslag.[58]

In november 1983 dient het hoger beroep voor het Gerechtshof Amsterdam. Sutorius voert namens Schoonheim dezelfde verweren als een half jaar eerder voor de rechtbank Alkmaar. Het verweer dat het handelen van Schoonheim niet aangemerkt kan worden als ‘van het leven beroven’ wordt nu iets nader uitgewerkt, doordat Sutorius opmerkt dat de term suggereert dat het handelen min of meer geschiedt tegen de zin van de desbetreffende persoon in. Ook deze keer faalt dit verweer.

Ook nu voert Sutorius het verweer van het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid. Sutorius betoogt dat het belang, dat de door Schoonheim overtreden norm - artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht - beoogt te beschermen, niet opweegt tegen de belangen die Schoonheim heeft nagestreefd. De belangen die Sutorius op het oog heeft zijn de eerbiediging van het zelfbeschikkingsrecht, de hulp aan de mens in nood door het behoeden van diens waardigheid en het verlichten of beëindigen van ondraaglijk lijden. Het hof verwerpt het verweer op basis van de overweging dat:

> op grond van de door de raadsman van verdachte aangevoerde feiten en omstandigheden weliswaar aannemelijk is geworden dat de maatschappelijke opvattingen zijn gewijzigd ten gunste van - onder zekere voorwaarden - toepassen van euthanasie maar, zo het de rechter al vrij zou staan tot de hierboven beschreven belangenafweging over te gaan, een beroep op de materiële wederrechtelijkheid faalt omdat, in aanmerking genomen dat het, mede door de aan euthansie verbonden evidente gevaren, gecompliceerde vraagstuk thans in studie is bij een bij KB 8 okt. 1982 ingestelde Staatscommissie, niet kan worden gesproken van een thans reeds voldoende uitgekristalliseerde algemene opvatting op grond waarvan euthanasie - met terzijdestelling van art. 293 Sr - als algemeen maatschappelijk aanvaardbaar kan worden beschouwd.[59]

Als derde doet Sutorius een beroep op overmacht. Zijn stelling is dat Schoonheim zich, onder de gegeven omstandigheden als behandelend arts, geconfronteerd met het lijden van mevrouw B., in een dwangpositie bevond en tot geen andere beslissing kon komen dan het inwilligen van haar verzoek tot beëindiging van haar leven. Ook dit verweer wordt verworpen. Het hof is van oordeel dat door de genoemde feiten en omstandigheden onvoldoende aannemelijk is geworden dat Schoonheim dwingend genoopt werd tot de levensbeëindiging. De twijfel van het hof geldt onder andere het lijden op de dag van de euthanasie. Deze twijfel komt voort uit het feit dat mevrouw B. net herstelde van een inzinking. Bovendien is het Gerechtshof van mening dat noch het oordeel van de zoon noch

---

wijzen op de grove inbreuk die een rechtszaak maakt op de intimiteit die de arts met een dergelijke patiënt heeft gehad, en op het medisch beroepsgeheim (*De Tijd*, augustus 1985).

58 Anjewierden 1988: 23.

59 *Nederlandse Jurisprudentie* 1984, nr. 43: 169.

dat van de assistent als voldoende objectief en als voldoende onafhankelijk kunnen worden beschouwd.

Alhoewel alle verweren door het hof worden verworpen, legt het Schoonheim geen straf of maatregel op. Dit wordt gemotiveerd door te wijzen op het lijden van mevrouw B., en op Schoonheims oprechte overtuiging juist gehandeld te hebben en zijn in acht genomen zorgvuldigheid.[60] Schoonheim gaat tegen het vonnis in cassatie.

Uit haar reactie op het vonnis wordt duidelijk dat de jurist Scholten van mening is dat uit de eis van de procureur-generaal - ‘schuldig zonder strafoplegging’ - blijkt dat hij heeft willen aangeven dat het arrest geen algemene strekking moet hebben. Als men anders wil dan is het woord aan het parlement.[61]

Klijn meent dat het vonnis niet strookt met het - overigens door hem verguisde - Rotterdamse vonnis van december 1981. Uit vergelijking blijkt dat het hof, in zijn overwegingen inzake het beroep op overmacht, erkent dat in feite aan alle wezenlijke Rotterdamse voorwaarden is voldaan. Desondanks wijst het hof het beroep op overmacht af. Klijns conclusie is dat de Rotterdamse voorwaarden blijkbaar niet kunnen worden beschouwd als criteria voor straffeloze hulpverlening. Klijn is hier blij mee want euthanasie en hulp bij zelfdoding strookt, in zijn optiek, niet met de bedoeling en de letter van de wet. Klijn benadrukt nogmaals dat er geen maatschappelijk consensus bestaat over het onderwerp en dat het de rechter niet vrij staat om tot de vereiste belangenafweging over te gaan.[62]

De verpleeghuisarts L.[63]

Op 15 december 1983 beëindigt de verpleeghuisarts L. het leven van een 71-jarige vrouw die aan kanker lijdt. De vrouw weet dat zij ongeneeslijk ziek is en heeft er regelmatig blijk van gegeven dat haar leven voor haar geen zin meer heeft, wanneer zij lichamelijk en/of geestelijk zodanig zou zijn ontluisterd dat sociaal contact niet goed meer mogelijk is. Na half oktober 1983 verslechtert haar situatie merkbaar en in het weekeinde van 26 november wordt de arts bij de vrouw geroepen omdat haar toestand zeer ernstig is. Zij vraagt hem haar een injectie te geven waardoor zij voorgoed in zal slapen. Vlak daarna wordt zij vrijwel geheel bedlegerig en heeft voortdurend pijn, waarvoor zij morfine-injecties krijgt toegediend. Zij geeft echter te kennen geen opklimmende dosis morfine te willen, omdat zij helder wenst te blijven. Op 12 en 13 december vraagt de vrouw opnieuw aan de arts of hij

---

[60] Schuldig verklaring zonder oplegging van straf of maatregel: het ‘rechterlijk pardon’ (artikel 9a Sr.). De redactie van het *Nederlands Juristenblad* acht het belang van de problematiek zo groot dat men zowel het requisitoir van de advocaat-generaal T.M. Schalken als het pleidooi van Sutorius integraal publiceert (Schalken 1984; Sutorius 1984).

[61] Scholten 1983. De voorzitter van de NVVE Terborgh-Dupuis noemt het vonnis “verbijsterend” en “een slag in het gezicht van vele artsen en patiënten”. Zij is bang dat het vonnis de op gang gekomen vormen van overleg inzake euthanasie blokkeert en daarom een zachte dood voor velen moeilijker bereikbaar maakt (Terborgh-Dupuis 1983: 1526).

[62] Klijn in Klijn en Nieboer 1984: 45-50. Klijn bestrijdt dat het Openbaar Ministerie de Rotterdamse voorwaarden hanteert of gezegd heeft ze te zullen hanteren:

> Niet alleen op grond van het kabinetsbeleid, maar ook om staatsrechtelijke redenen mag en kan men niet verwachten dat het beleid van het Openbaar Ministerie zo is dat het geheel zelfstandig nieuwe en praktisch onomkeerbaare rechtsvorming met algemene strekking schept. Daardoor zou immers in belangrijke mate de rechter buitenspel, de Staatscommisie buiten de zijlijn en de wetgever straks voor het blok worden gezet. Op deze wijze zou er beslist worden, voordat er wordt beslist. Het gaat niet om een rechtspolitiek conflict maar om de vraag welke ruimte er wel en niet is voor rechtspolitiek (Klijn en Nieboer 1984: 51).

[63] De naam van de arts is wel bekend maar zijn zaak wordt (bijna) nergens aangeduid met die naam.

een einde aan haar leven wil maken, een verzoek dat door haar zoon wordt ondersteund. Na gesprekken met de kinderen zegt de arts de vrouw toe aan haar levensbeëindiging te zullen meewerken. Hij toetst deze toezegging bij het verpleegkundig hoofd, de humanistische raadsvrouwe en naaste familieleden van de vrouw. In deze gesprekken wordt het voor de arts duidelijk dat zijn beslissing als juist wordt gezien. De arts maakt kenbaar dat hij op 15 december 1983 euthanasie zal toepassen en vraagt de betrokkenen daarbij aanwezig te zijn. Op 14 december raadpleegt L. een andere arts over het te gebruiken middel.[64] Diezelfde dag bezoekt hij de patiënte nog een aantal malen en stelt vast dat zij rustig en tevreden is. Op 15 december past hij, zoals afgesproken, euthanasie toe[65] en vult een verklaring van natuurlijk overlijden in. De apotheker die de gebruikte middelen aan het verpleeghuis heeft geleverd, vertrouwt de zaak niet en belt de directie op. Deze waarschuwt op haar beurt de Inspectie voor de Volksgezondheid, met als gevolg dat de politie wordt ingeschakeld.[66] In maart 1985 zal de arts terechtstaan voor de rechtbank Rotterdam.

De huisarts W.[67]

Op 31 december 1983 maakt de huisarts W. een einde aan het leven van de 93-jarige mevrouw K. De vrouw is sedert 1958 patiënte van de arts en woont in een bejaardentehuis. Mevrouw K. heeft blaasklachten, hartklachten en last van arthrotische pijnen, van afnemend gezichtsvermogen en slechter wordend gehoor. Zij wordt in toenemende mate bedlegerig maar zij blijft volkomen helder van geest. Mevrouw K. geeft regelmatig te kennen dat ze de zin van haar leven niet meer ziet, dat ze de dood niet vreest en dat ze geen levensverlengende maatregelen wil. Op 28 december 1983 wordt de arts bij de patiënte geroepen en voert hij een lang gesprek met haar onder andere over euthanasie. De arts is van mening dat de patiënte leeft op de rand van het dragelijke, en dat zij zowel psychisch als somatisch lijdt. De patiënte vraagt echter niet om euthanasie. Op 30 december wordt de arts ‘s avonds om tien uur bij de vrouw geroepen omdat ze gevallen is. Hij probeert haar te onderzoeken, maar dat is bijna niet mogelijk door de hevige pijn die een enkele aanraking reeds veroorzaakt. De arts komt tot de conclusie dat haar dijbeen gebroken is en zegt tegen de vrouw dat ze in een ziekenhuis onderzocht en behandeld moet worden. De patiënte weigert dat. Ook vervoer naar de ziekenafdeling van het tehuis blijkt vanwege de pijn niet mogelijk. De arts stelt vervolgens voor een flinke verdoving te geven en de patiënte stemt daarmee in. Zij blijkt echter daarna nog steeds veel pijn te hebben, waarop de arts besluit haar in bewusteloze toestand te brengen teneinde alle pijn volledig uit te sluiten. De patiënte zelf wil dit graag. Nadat de vrouw bewusteloos is gemaakt, wordt zij vervoerd naar de ziekenafdeling. De arts komt de volgende dag ’s morgens terug en voert in de loop van die ochtend verschillende gesprekken met familieleden van de patiënte. In die gesprekken wordt nagegaan welke alternatieven er zijn en wordt ten slotte de beslissing genomen het leven van de patiënte, die nog steeds bewusteloos is, te beëindigen. Dat gebeurt op 31 december 1983 omstreeks 15.30 uur.[68] De arts licht vervolgens de gemeentelijk lijkschouwer in, die op zijn beurt de politie waarschuwt, waarna het Openbaar Ministerie een onderzoek instelt. Op last van de officier van justitie wordt op 2 januari 1984 sectie verricht.[69]

Al met al zijn er na de beslissing van de top van het Openbaar Ministerie om alleen die zaken te vervolgen waarin niet voldaan is aan de voorwaarden zoals die genoemd zijn in de

---

64 De arts telefoneerde met Admiraal (Enthoven 1988: 130).
65 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1985: 285-288.
66 Enthoven 1988: 127.
67 Ook van deze arts is de naam wel bekend maar wordt zijn zaak nergens als zodanig aangeduid.
68 *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 287: 1052-1053.
69 Enthoven 1988: 155.

vonnissen Postma en Wertheim, tegen vijf artsen een rechtszaak begonnen. Middels deze rechtszaken zal duidelijk worden welke eisen er gesteld moeten worden aan het lijden van de patiënt en aan de consultatie. Verder zal er duidelijkheid ontstaan over de vraag of de arts euthanasie mag aanmelden als een natuurlijke dood en zal middels de zaak W. onderstreept worden dat de eis van het verzoek *conditio sine quo non* is.

5.4 Publicaties op het terrein van hulp bij levensbeëindiging

Dat euthanasie maar ook andere vormen van levensbekortend handelen onderwerp zijn van grote publieke belangstelling blijkt ook deze jaren uit de grote hoeveelheid publicaties.[70] Bij de andere vormen van levensbeëindigend handelen kan men denken aan levensbeëindiging bij pasgeborenen[71] en - alhoewel minder frequent - bij andere groepen wilsonbekwamen, zoals kinderen[72] en zwakzinnigen.[73]

Op het gebied van mogelijk levensbekortend handelen verschijnt er onder andere een bijdrage van katholieke zijde, die meer ruimte laat dan gebruikelijk in deze kringen voor de mogelijkheid van 'euthanasie'.[74] De auteurs, die een medicalisering van het vraagstuk constateren, zien geen principiële redenen om de uitvoering van levensbeëindiging exclusief tot het werkterrein van de medici te rekenen.[75] Wat betreft de maatschappelijk controle zijn zij van mening dat er alle reden is om de mogelijkheid tot toetsing van 'euthanasie' te behouden. Zij beschouwen de rechtszaal als meest geschikt podium daarvoor. De mogelijkheden van een rechter bij het toetsen van 'euthanasie' mogen overigens niet worden overschat, volgens de auteurs. Naar hun overtuiging kan hij in feite niet veel meer doen, dan zich een oordeel vormen over de praktische toedracht, daar hij in hoge mate afhankelijk is van de informatie van anderen. Daarom kan het, zo menen zij, wellicht zinvol zijn de voor- en nadelen te onderzoeken van het instellen van groepen van getrainde adviseurs, wier advies tijdig kan worden ingewonnen en wier advies ook een zekere juridische geldigheid heeft. Een dergelijke regeling kan misschien de bezwaren ondervangen van het gevoelsmatig belastende karakter van een rechterlijke toetsing en vooral ook van het feit dat een dergelijke toetsing altijd achteraf plaats heeft. Wanneer er toch toetsing achteraf plaats moet vinden, geven de auteurs in overweging om gevarieerde commissies van deskundigen te vormen die een zekere rechterlijke bevoegdheid krijgen.[76]

---

[70] Afgezien van de publicaties die hierna besproken zullen worden, valt te denken aan B.A.M. Peters, *Euthanasie* (Haarlem 1982) en A. Dekker, G.E. Mulder en D. Post, *Euthanasie, medische, ethische en juridische aspecten* (Kampen 1982). Andere publicaties zijn een speciaal nummer van *Voorlopig* (januari 1982); artikelen van Frenkel (*Medisch Contact* 1982; *Nederlands Juristenblad* 1982); een artikel van Nieman (*Ars Aequi* 1982) en een artikelenreeks in *Medisch Contact* in 1983 met onder andere bijdragen van Oostvogel en Mulder.

[71] Zie o.a. de 'klinische les' van R. de Leeuw en P.E. Treffers (De Leeuw en Treffers 1984), een gefingeerde rechtszaak over de levensbeëindiging van een kind met spina bifida (Meihuizen-de Regt, Begeer en Buijs 1984) en een boek van M.M. Bellersen en C.E.A.M. Raat (Bellersen en Raat 1983).

[72] Voûte en De Wachter 1984 en Sanders-Woudstra en Visser 1984.

[73] Onder andere Vink 1981 en Vink 1983.

[74] Dierick (red) 1983. Bij het boek zijn onder andere de ethicus Beemer en de arts Michels betrokken.

[75] Dierick 1983: 162-163.

[76] Dierick 1983: 188-191.

Kuitert over zelfdoding

Zelfdoding en de hulp daarbij vormen sedert 1981 een onderdeel van de discussie over euthanasie.[77] In 1983 publiceert Kuitert een boek over dit thema: *Suïcide. Wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief*. Kuitert onderzoekt in het boek of (hulp bij) zelfdoding moreel verkeerd is, of het een onrechtmatige daad tegenover de samenleving is dan wel een schending van Gods rechten. In Kuiterts optiek is er geen onvoorwaardelijke plicht tot leven. Hij meent dat een mens goede redenen kan hebben om zichzelf te doden en dat het tot de vrijheid van de mens behoort, om zijn leven af te mogen leggen ten behoeve van wat hem als nog belangrijker voorkomt. Desalniettemin sluit Kuitert tussenbeide komen bij zelfdoding niet uit. Drie principes spelen daarbij een rol: het principe van weldoen, het principe van rechtvaardigheid en het respect voor andermans autonomie.

In Kuiterts optiek is paternalisme bij suïcide slechts voor een gelimiteerde tijd gerechtvaardigd. Hij meent dat de hulpverlener verschillende belangen in het oog moet houden. Alleen ingrijpen, omdat men wil dat iemand overleeft, is in zijn optiek een uiting van ongerechtvaardigd paternalisme aangezien de autonomie van de persoon niet wordt gerespecteerd. Nalaten van ingrijpen, alleen om iemands autonomie te redden, maakt echter, aldus Kuitert, van autonomie een doelloos ideaal: zelfbeschikking om zelfbeschikking. Bevorderen van autonomie betekent volgens hem niet iemand zijn gang laten gaan, maar maken dat iemand kan handelen zoals hij dat wenst. Ingrijpen om het bestaan van die wens te vergewissen, is volgens Kuitert toegestaan. Een dergelijk ingrijpen is alleen voor een gelimiteerde tijd te rechtvaardigen.[78]

Kuitert tracht naast tussenbeide komen ook helpen sterven te rechtvaardigen. Hij meent dat mensen niet moreel verplicht zijn iemand die - in de uitoefening van zijn recht op autonomie - zichzelf wil doden, te helpen bij het volvoeren van die daad.[79] Een andere vraag is of helpen moreel geoorloofd is. Kuitert meent dat onder bepaalde voorwaarden iemand op zijn verzoek geholpen mag worden bij zelfdoding. De voorwaarden die hij noemt zijn: het uitsluiten van vergissingen, het uitsluiten van misbruik en het uitsluiten van onnodig leed. De voorwaarde dat er sprake moet zijn van ondraaglijk lijden, wijst hij van de hand omdat een dergelijke voorwaarde getuigt van betutteling.[80]

Tien jaar NVVE

In 1983 viert de NVVE haar tienjarig bestaan. De vereniging is inmiddels uitgegroeid tot een organisatie van ongeveer 20.000 leden, die beschikt over vier part-time beroepskrachten en

---

77 Voorbeelden in de jaren 1982 en 1983 zijn een speciaal nummer van *Wijsgerig perspectief* 1982/3, nr. 6, en in *Medisch Contact* een artikel van Kerkhof (Kerkhof 1983) en twee artikelen van de psychiater Van Ree (Van Ree 1983 I en Van Ree 1983 Slot).

78 Kuitert 1983: 169-180. Kuitert meent dat ook de wens van geesteszieken, die consistent en duurzaam naar de dood verlangen, gerespecteerd moet worden. Er is, in zijn optiek, geen grond te vinden waarop een altijd durende weigering gefundeerd kan worden.

79 De Beaufort, die tamelijk positief over het boek is, meent dat Kuitert hier te streng is. Zij vindt het onrechtvaardig dat artsen en mensen met goede connecties in de medische wereld gemakkelijker een zachte dood vinden dan degenen die niet zo goed weten hoe ze dat moeten regelen. Verder vindt ze het ook moreel moeilijk te verkroppen dat volstrekt onschuldige buitenstaanders, zoals treinmachinisten, de dupe zijn van het niet beschikbaar zijn van andere methoden. Het lijkt haar dat er wel degelijk goede argumenten zijn om het *prima facie* recht op hulp voor een zachte dood, in de zin van het verschaffen van euthanatica, te erkennen, vergelijkbaar met het recht op euthanasie (De Beaufort 1986: 10).

80 Kuitert 1983: 181-192.

een eigen onderkomen.[81] Ter gelegenheid van het tienjarig jubileum wordt een lustrumcongres georganiseerd[82] en verschijnen twee publicaties: de brochure *Verantwoording* en het boekje van Indewey Gerlings-Huurmans *De milde dood. Tien jaar strijd voor vrijwillige euthanasie.* Dit laatste boekje biedt een selectie van wat de Ledenhulpdienst van de NVVE te horen, te zien en te verwerken krijgt, met als doel duidelijk te maken welke motieven de drijvende kracht voor de NVVE vormen. In de *Verantwoording* staat onder andere een samenvatting van de belangrijkste rechterlijke uitspraken (tot en met Schoonheim voor de rechtbank Alkmaar) en een checklist voor artsen die euthanasie willen toepassen. In deze brochure spreekt de NVVE een voorkeur uit - indien mogelijk - voor hulp bij zelfdoding: “Van de arts kan geen toepassing van actieve euthanasie verlangd worden, als de patiënt nog in staat is zijn lot in eigen hand te nemen”.[83] Uit de brochure valt op te maken dat de NVVE meent dat zorgvuldig toegepaste euthanasie op verzoek van de patiënt in de stervensfase niet valt onder de strafbare euthanasie, maar kan worden gerekend tot verantwoord medisch handelen. De brochure wordt afgesloten met een korte handleiding, waarin aandacht wordt geschonken aan de vraag op welke wijze feitelijk uitvoering kan worden gegeven aan het besluit tot levensbeëindiging. Deze handleiding is verwant aan en een vervolg op de brochure van Admiraal.[84]

DE LOTGEVALLEN VAN INEKE STINISSEN (I)

Een thema dat in deze periode opnieuw – na Versluis in 1966 - in de belangstelling komt te staan is de kwestie van mensen in een blijvend coma.[85] Als spoedig zal de discussie zich vooral richten op de lotgevallen van Ineke Stinissen. Zij is in 1974 tijdens een keizersnede in coma geraakt. Na bijna tien jaar besluit haar man, Gerard Stinissen, ruchtbaarheid aan de

---

[81] *Kwartaalblad Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie*, december 1982: 2.

[82] Sprekers zijn Hilhorst, Admiraal, Kuitert en Sutorius (Visser 1984: 66-72).

[83] De NVVE heeft in 1982 in een extra ledenvergadering gediscussieerd over de mate waarin hulp bij zelfdoding - naast euthanasie - mede in het beleid van de vereniging betrokken moet worden. Het gaat in feite vooral om de vraag of de hulp en de bemiddeling die de Ledenhulpdienst te bieden heeft, zich zal moeten uitstrekken tot andere groepen dan ernstig zieken en/of bejaarde personen, met name jonge chronische patiënten en psychiatrische patiënten. De NVVE besluit haar dienstverlening te beperken tot de eerstgenoemde groepen. Bij ernstig zieken en hoog bejaarden schuilt, zo meent de NVVE, het verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding slechts in de methode van uitvoering. Ten aanzien van de andere groepen is men van mening dat de verschillen tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding niet uitgevlakt kunnen worden. Euthanasie vindt volgens de NVVE – zo blijkt in het rapport van de commissie Speijer dat in paragraaf 4.3 is besproken – plaats in situaties waarin de dood van de patiënt – ook zonder de hulp bij levensbeëindiging – dichtbij is. Bij zelfdoding daarentegen is de arts-patiëntrelatie niet vanzelfsprekend aanwezig en gaat het om personen die in principe nog lang kunnen leven. Men stelt bovendien dat uit de huidige doelstellingen van de vereniging niet automatisch voortvloeit, dat zij ook de zaak van de sociale aanvaarding en legalisatie van hulp bij zelfdoding behoort te behartigen. Euthanasie is nog lang niet voor iedereen beschikbaar en het is, zo meent de NVVE, dan ook nog te vroeg om de doelstellingen van de vereniging uit te breiden (*Kwartaalblad Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie* juni 1982: 1).

[84] NVVE 1983. Admiraal protesteert desalniettemin tegen enkele gegevens in de brochure omdat hij van mening is dat de aanbevolen doseringen en wijzen van toediening in een aantal gevallen onaanvaardbare gevolgen kunnen hebben (Admiraal 1983: 1145-1146).

[85] In november 1982 heeft het PvdA-kamerlid Haas-Berger vragen gesteld over de mogelijke levensbeëindiging van mensen in een langdurig coma. Staatstsecretaris Van der Reijden antwoordt dat de toelaarbaarheid van het beëindigen van het leven van een dergelijke patiënt uitsluitend dient te worden beoordeeld in het licht van de strafbepalingen en de uitleg daarvan in de jurisprudentie. Het bepalen van een standpunt acht hij in afwachting van het advies van de Staatscommissie, niet aangewezen (*Handelingen Tweede Kamer 1982-1983, Aanhangsel*, nr. 790).

zaak te geven en te proberen via de rechtbank het verpleeghuis zo ver te krijgen dat zij meewerken aan het teweeg brengen van haar overlijden.[86]

Gerard Stinissen heeft vier maanden na de keizersnede te horen gekregen dat zijn vrouw overgeplaatst zal worden naar een verpleeghuis. Als zij daar een jaar ligt meent hij dat het zowel voor haar als voor hem het beste zal zijn als zij overlijdt. Omdat de kans op een natuurlijke dood voorlopig gering is, denkt Stinissen aan levensbeëindiging en hij neemt zich voor daaraan te gaan werken.[87]

Stinissen vraagt de instellingsdirecteur hoe over levensbeëindiging wordt gedacht. De directeur wijst de gedachte niet onmiddellijk af, maar hij vindt wel dat Stinissen erg snel met het voorstel komt. Hij stelt dan ook voor dat Stinissen over een half jaar nog eens komt praten. In oktober 1976 - er is inmiddels een andere directeur - wordt er in het verpleeghuis op verzoek van Stinissen een gespreksgroep georganiseerd om te praten over het lot van zijn vrouw. Stinissen pleit dan voor een actieve levensbeëindiging. De instelling wil echter niet verder gaan dan het niet instellen van therapie bij ernstige complicaties zoals een longontsteking. Stinissen concludeert, en niemand spreekt hem tegen, dat zijn vrouw dan nog heel veel jaren in dezelfde situatie kan blijven voortleven.

Ook de jaren daarna blijft de leiding van de instelling medewerking aan de actieve levensbëindiging afwijzen zolang de politiek of de rechter zich daarover niet heeft uitgesproken. In een brief gedateerd 11 oktober 1983, verzoekt Sutorius – de nieuwe advocaat van Stinissen – de officier van justitie te Almelo te verklaren niet tot strafrechtelijke vervolging te zullen overgaan van de medicus die op zorgvuldige wijze mevrouw Stinissen van haar coma verlost. De officier geeft de gevraagde verklaring niet af omdat pas over vervolging besloten kan worden als het feit gepleegd is. Stinissen besluit zich hierbij niet neer te leggen en hij spant een civiele procedure aan om te bewerkstelligen dat de kunstmatige voeding van zijn vrouw aangemerkt wordt als een medisch handeling. Het voordeel daarvan is dat een medische behandeling, anders dan verzorging, gestopt mag worden als ze zinloos is geworden.[88]

---

[86] In 1985 verschijnt het boek van de journalisten De Bie en Witteveen over Ineke Stinissen en de strijd die Gerard Stinissen voert om haar leven te doen beëindigen.

[87] Eind 1975 zoekt Stinissen contact met een advocaat – de inmiddels hoogbejaarde Schuurmans Stekhoven – met als doel te ontdekken wat er fout is gegaan in het ziekenhuis. Schuurmans Stekhoven richt zich echter naar Stinissens zin te veel op een regeling waar hij zich dan bij neer zou moeten leggen. De opvolger van Schuurmans Stekhoven schakelt de anesthesist Smalhout in. Deze komt met een vernietigend rapport over wat er gebeurd is tijdens de operatie, waarbij met name een fout met de beademing tijdens de narcose een rol speelt. Stinissen spant een procedure aan en ontvangt als resultaat daarvan, als zijnde de curator van zijn vrouw, fl 50.000,-.

[88] Ten behoeve van de procedure vraagt Sutorius de hoogleraar neurologie Minderhoud op te treden als getuige-deskundige. Van de hand van de laatste verschijnen in 1983 – in samenwerking met anderen – twee artikelen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* waardoor iets meer bekend wordt van de omvang van het probleem. In 'Het vegeterend bestaan' schrijft Minderhout samen met Braakman dat er in oktober 1983 in Nederland minstens 53 patiënten langer dan 6 maanden – variërend van 6 maanden tot 21 jaar – na een acuut hersenletsel in een vegeterende toestand verkeren (Minderhout en Braakman 1985: 2386). In een ander artikel beschrijven zij de – slechte – prognoses van mensen in een langdurig vegetatieve toestand (Braakman, Minderhout en Gelpke 1983). Haas-Berger grijpt deze gegevens aan om opnieuw haar vraag te stellen over levensbeëindiging bij comapatiënten, maar ook deze keer acht de bewindsman – nu in de persoon van minister Brinkman – een antwoord niet opportuun (*Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Aanhangsel,* nr. 775).
De verdere gebeurtenissen in de zaak Stinissen worden beschreven in paragraaf 8.3.

Een onderzoek in ziekenhuizen

In een in 1981 gepubliceerd boek deden Verhoef en Hilhorst verslag van het onderzoek in verpleeghuizen.[89] Vervolgens is Hilhorst een onderzoek begonnen naar de vorm en omvang van de 'euthanasieproblematiek' zoals die zich in het ziekenhuis voordoet.[90] Hilhorst heeft zich niet bij voorbaat exact vastgelegd op de betekenis van het begrip 'euthanasie' omdat hij de onderzoeksvraag probleemverkennend wil beantwoorden. Hij hanteert als werkdefinitie: "verkorting van het stervensproces of een versnelling van het intreden van de (zich aankondigende) dood".[91]

Uit het onderzoek komt het volgende naar voren: ziekenhuispatiënten lijken slechts sporadisch op directe wijze om 'euthanasie' te vragen. Het op indirecte wijze vragen om 'euthanasie', zonder dat woord te gebruiken komt wel nogal eens voor. De reactie van de zijde van de verpleging en de arts, op het verzoek om 'euthanasie' van de patiënt, is allereerst ontkennend en ontlopend. De arts begrijpt het verzoek in eerste instantie als een vraag om het leven niet onnodig te rekken, als een verzoek om vrijwaring van pijn, angst en benauwdheid bij het sterven.[92]

Het denken en handelen omtrent levensbekortend handelen wordt, zo meent Hilhorst, gedragen en gerechtvaardigd door veelal impliciete opvattingen en normeringen. Hij constateert een grote variatie in opvattingen en omschrijvingen van 'euthanasie'. De meeste artsen en verpleegkundigen omschrijven de term op hoogst persoonlijk wijze. Slechts enkele geïnterviewden verwijzen naar min of meer gangbare officiële definities, zonder deze overigens letterlijk aan te halen. Het formele wettelijke verbod op euthanasie wordt niet expliciet door de betrokkenen naar voren gebracht.[93]

In de waardering van 'euthanasie' treft Hilhorst minder variatie aan. De geïnterviewden beoordelen 'euthanasie' voornamelijk als ongeoorloofd, of hooguit als geoorloofd onder specifieke (buitengewone) omstandigheden, of als onvermijdelijk in bepaalde noodsituaties. De geoorloofdheid wordt in de meeste gevallen verbonden aan een viertal condities: terminaliteit van de patiënt (ongeneeslijk ziek of stervend), verzoek van de patiënt, ernstig lijden van de patiënt, en de toestemming van alle betrokkenen.

Als er eenmaal duidelijk een verzoek om levensbeëindiging ligt, lijkt overleg voor de hand liggend. Dit overleg neemt, al naargelang de situatie, uiteenlopende vormen aan: patiëntenbespreking, collegiaal consult, gesprek met familie enzovoort. Niet alle artsen zijn overtuigd van de noodzaak van overleg omtrent levensbekortend handelen. Een enkeling vindt het soms zelfs storend, omdat het niet tot overeenstemming kunnen komen de benodigde behandeling kan stagneren.

Van openlijke conflicten omtrent 'euthanasie' lijkt geen sprake te zijn, maar artsen en verpleegkundigen blijken wel nogal eens van mening te verschillen over het aanvankelijk te volgen behandelingsplan bij terminale patiënten. Artsen neigen ernaar door te gaan met behandelen ook indien de verpleging het nut daarvan inmiddels betwijfelt. Dit kan tot onenigheid leiden, met name als de situatie niet goed bespreekbaar is.[94]

---

89 Beschreven in paragraaf 4.4.

90 Er is gesproken met mensen uit 8 ziekenhuizen: 42 artsen, 32 verpleegkundigen en 8 geestelijke verzorgers (Hilhorst 1983: 192).

91 Hilhorst 1983: 26.

92 Hilhorst 1983: 45-48.

93 Hilhorst 1983: 99-100.

94 Hilhorst 1983: 63-65.

Een van de kernproblemen van de praktische uitvoering van de actieve vormen van levensbeëindiging is, aldus Hilhorst, het geven van een dodelijk spuitje waardoor de patient snel de dood inglijdt. Artsen en verpleegkundigen blijken over het algemeen het geven van een dodelijke injectie onaanvaardbaar te vinden, zelfs als ze dit in principe zien als de beste oplossing. De toepassing van ‘euthanasie’ dient geleidelijk en onopvallend te geschieden, om deze voor de arts, maar ook voor de verpleging, aanvaardbaar te maken. Slechts enkele geïnterviewden hebben gezegd ervaring te hebben met de snelle vorm van levensbeëindiging.[95]

Hilhorst stelt vast dat de wetgeving met betrekking tot het toepassen van ‘euthanasie’ noch goed gekend, noch gevreesd wordt. Naar zijn mening wijst dat erop dat de betrokkenen menen dat de strafrechtelijke bepalingen genoeg ruimte bieden voor een verantwoord levensbekortend handelen.[96]

Hilhorst acht het – gezien de praktijk in het ziekenhuis - niet aannemelijk dat een beleidsmaatregel verandering in de toepassing van ‘euthanasie’ zal brengen. De patiënt is en blijft afhankelijk van de behandelaar die hem met levensbekortende handelingen ter wille is. Als grondpatroon van ‘euthanasietoepassing’ ziet Hilhorst: de arts beslist, de verpleging voert uit en de patiënt ondergaat.[97] Hij meent dat een verruiming of verenging van verbodsbepalingen van overheidswege middels wetgeving de huidige praktijk in twee opzichten in gevaar kan brengen. Aan de ene kant leidt een verbreding van legale grenzen mogelijkerwijs tot een misbruik van levensbeëindiging. Aan de andere kant kleeft aan een beperkt en voorwaardelijke omschreven legalisatie het nadeel, dat de thans verworven mogelijkheden tot het toepassen van levensbekorting wellicht afnemen ten gevolge waarvan het belang van de patiënt in gevaar kan komen. De heersende mening van de geïnterviewden op dat moment is dat ‘euthanasie’ in feite geen juridische maar een medische aangelegenheid is, waarover alleen medici passend kunnen oordelen.[98]

Ten slotte trekt Hilhorst - evenals na het onderzoek in verpleeghuizen - de conclusie dat op basis van het bestaande materiaal het feitelijke aantal toepassingen van ‘actieve euthanasie’ in Nederland niet exact te bepalen is. Hij neemt aan dat het bij benadering gemiddeld gaat om enkele gevallen per jaar, per meest betrokken ziekenhuisafdeling - afdelingen waar de patiënten van internisten, longartsen, chirurgen, anesthesisten, neurologen en kinderartsen zich bevinden.[99]

TER AFSLUITING

De Gezondheidsraad heeft met een diepgravend rapport ten aanzien van de argumenten voor en tegen ‘euthanasie’ en de legalisering ervan, de bouwstenen aangeleverd voor de in oktober 1982 ingestelde Staatscommissie Euthanasie. Alhoewel de Gezondheidsraad ook spreekt van “euthanasie in het belang van” wordt van de verschillende argumenten die een rol spelen, zelfbeschikking het meest genoemd. Niet alleen artsen, hun advocaten, gezondheidsjuristen en ethici brengen dat argument naar voren, maar het wordt nu ook

95 Hilhorst 1983: 127-130.
96 Hilhorst 1983: 100.
97 Hilhorst 1983: 159.
98 Hilhorst 1983: 156-164.
99 Hilhorst 1983: 128-129.

geaccepteerd door sommige officieren van justitie en zelfs door de rechtbank Alkmaar. Onbetwist is het argument echter zeker niet.

Uit de publicaties blijkt dat er meer dan voorheen aandacht komt voor praktische zaken. Deels is dat al te zien in de discussie over de eisen die gesteld moeten worden aan zorgvuldige euthanasie. Euthanasie wordt in de vakbladen steeds gekoppeld aan de arts-patiëntrelatie. De zorgvuldigheidseisen die het meest bediscussieerd zijn, zijn de eis van consultatie en de eis dat de verklaring van natuurlijk overlijden niet wordt afgegeven. Dit zijn beide criteria die toetsing van euthanasie mogelijk moeten maken. Het afgeven van de verklaring van natuurlijk overlijden is inmiddels een heikel punt. Het lijkt duidelijk dat dokters die na het toedienen van een lethaal middel die verklaring afgeven, valsheid in geschrifte plegen. Aan de andere kant hebben dokters er moeite mee het overlijden, dat toch al aanstaande was, te wijten aan opzet of schuld van hun kant. Ter oplossing wordt gesuggereerd – onder andere door Leenen - een derde mogelijkheid in het formulier op te nemen: euthanasie.

Er wordt ook meer nagedacht over de wijze waarop toetsing van euthanasie het beste kan plaatsvinden. Roscam Abbing stelde in 1972 al voor een toetsingscommissie vooraf in te stellen. In deze periode wordt het idee geopperd van het instellen van getrainde adviseurs en Rasker en Van Hellemondt pleiten voor toetsing door beroepsgenoten. Anderen – zoals de Gezondheidsraad - hebben gesteld dat een arts die opzettelijk een einde maakt aan het leven van een van zijn patiënten bereid moet zijn zijn handelen door de rechter te laten beoordelen.

Er komt steeds meer informatie over de praktijk, zowel doordat artsen er zelf over publiceren als door onderzoek. Als men afgaat op datgene wat bekend is over toepassing van euthanasie uit de rechtszaken en de publicaties, dan is duidelijk dat artsen de eisen van consultatie en de waarheidsgetrouwe overlijdensverklaring niet heel hoog op hun prioriteitenlijst hebben staan. Meer overeenstemming is er bij hen wat betreft de aanwezigheid van een verzoek, de ernst van het lijden van de patiënt en overleg met familie en mensen die beroepsmatig betrokken zijn bij de verzorging van de patiënt.

Artsen als Schoonheim, Kenter en Admiraal hebben zich bijzonder kwestbaar opgesteld door hun handelen te melden aan de strafrechtelijke autoriteiten in een situatie waarin nog weinig bekend was over de beoordeling ervan. Bij Kenter en Admiraal valt op dat zij in de ene keer wel melden en de andere keer niet.

Schoonheim en Admiraal vinden de advocaat die bij hen past: Sutorius. Sutorius heeft zich in de verdediging niet uitsluitend gericht op technische kwesties maar hij tracht principiële uitspraken te bewerkstelligen. Vanaf de jaren tachtig zal hij als de meest actieve advocaat in rechtszaken betreffende levensbeëindiging, een prominente rol gaan spelen. Behalve als advocaat is hij ook als spreker een graag gezien figuur.

Achteraf is duidelijk dat de jaren 1982-1984 een opmaat vormen tot de legalisering van euthanasie. Vanaf 1983 moeten een aantal artsen zich verantwoorden in rechtszaken die cruciaal zullen zijn in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie. Cruciaal omdat de rechterlijke macht nu uitspraken gaat doen over de vraag of euthanasie toelaatbaar is en zo ja welke zorgvuldigheidseisen daarbij in acht genomen moeten worden.

Het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie in Nederland wordt alom als uniek gezien. Sommige auteurs menen dat de uniciteit mede veroorzaakt wordt doordat Nederland wat betreft vervolging het opportuniteitsbeginsel kent. Het opportuniteitsbeginsel maakt het mogelijk om zaken niet te vervolgen die in principe in aanmerking komen voor strafrechtelijke vervolging. Typerend in Nederland is echter niet geweest dat er niet

vervolgd is, maar juist dat er wel vervolgd is. Onderstreept moet worden dat de geschiedenis ook een ander verloop had kunnen hebben. De top van het Nederlands Openbaar Ministerie had kunnen besluiten – net zoals dat gebeurt in landen als België en Frankrijk – artsen waarvan bekend werd dat ze euthanasie hadden toegepast, niet te vervolgen. Het is bijzonder dat het uitgerekend een minister van CDA-huize – De Ruiter – is geweest die aangedrongen heeft op de vervolging die tot de expliciet rechterlijke legalisering van euthanasie zal leiden.

6 De cruciale periode (1984-1986)

In de jaren 1984 en 1985 gebeurt er veel op het terrein van de euthanasie. Wessel-Tuinstra (D'66) dient een initiatiefwetsvoorstel in, de KNMG komt met een nieuwe standpuntbepaling, de Hoge Raad spreekt zich uit in de zaak Schoonheim en ook de Staatscommissie Euthanasie brengt in deze periode haar rapport uit.

Dit hoofdstuk bestaat uit 7 paragrafen. In de eerste staat het initiatiefwetsvoorstel van Wessel-Tuinstra en het advies van de Raad van State daarover beschreven. Daarna komt een paragraaf waarin kort wordt ingegaan op een aantal publicaties in deze periode. Daarin wordt aandacht besteed aan de bijdrage van Enschedé in het debat, aan de opvattingen van twee leden van de Staatscommissie Euthanasie: Klijn en Nieboer en aan de ideeën van een aantal rechtstheoretici. De staatscommissie houdt hoorzittingen om op de hoogte te geraken van de verschillende in de samenleving levende standpunten. De algemene teneur daarvan - en iets specifieker de inbreng van de organisatie van apothekers, de KNMP – staat in de derde paragraaf. In hetzelfde tijdvak komt ook het hoofdbestuur van de KNMG met een standpuntbepaling naar buiten. Dit standpunt en de reacties erop staan beschreven in de vierde paragraaf. In het vorige hoofdstuk is de toepassing van levensbeëindiging door vijf artsen weergegeven. In paragraaf 5 worden de rechtsgangen van een aantal van deze artsen (verder) gevolgd en wordt informatie gegeven over een zaak die in 1985 voor veel commotie zorgde: de zaak 'De Terp'. Ook de hierboven genoemde uitspraak van de Hoge Raad komt in deze paragraaf aan de orde. Ten slotte wordt in de op een na laatste paragraaf het rapport van de Staatscommissie en de reacties daarop weergegeven en in de laatste paragraaf de politieke consequenties die aan dat rapport worden verbonden.

6.1 Het initiatiefwetsvoorstel Wessel-Tuinstra

Op 12 april 1984 dient het lid van de Tweede Kamer Wessel-Tuinstra (D'66) een initiatiefwetsontwerp in teneinde euthanasie door een arts, met inachtneming van bepaalde zorgvuldigheidseisen, niet langer strafbaar te laten zijn.[1] Zij motiveert haar voorstel door te

---

[1] *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 331. Wessel-Tuinstra zegt dat de Adviesraad van D'66 aan de Tweede Kamerfractie een verzoek heeft gedaan, om een initiatiefwetontwerp over euthanasie uit te brengen. Zij had zich bij begrotingsbehandelingen meermalen uitgesproken voor een regeling terzake en kon zich in die opdracht vinden. Dat ze zo snel heeft kunnen handelen verklaart ze door te wijzen op de hulp die ze gehad heeft van de arts Poot, de officier van justitie Josephus Jitta en de ethicus Dupuis (*Idee '66,* 1985). Euthanasie lijkt bij uitstek een thema voor een liberale partij. Dat het D'66 werd en niet de VVD, komt doordat die laatste partij zich met name profileert op sociaal-economisch terrein en D'66 ook op andere terreinen. Bovendien levert een onderwerp als euthanasie voor de VVD ook problemen op met de enige mogelijke partner waarmee geregeerd kan worden, het CDA. Van de PvdA is op dit terrein ook niet veel te verwachten in 1984. Belangrijke figuren van deze partij zoals Den Uyl hebben grote huiver voor de legalisering van euthanasie (zoals indirect blijkt uit een kamerdebat op 12 maart 1986).
In een interview laat Wessel-Tuinstra weten dat het zelfbeschikkingsrecht in haar voorstel niet onbeperkt is. Zij ziet als voordeel van het voorstel waarin euthanasie strafbaar en alleen onder bepaalde omstandigheden straffeloos is dat het verschijnsel beheersbaar en vooral controleerbaar blijft (*Het Vrije Volk* 14 april 1984).

wijzen op de maatschappelijke veranderingen, die ertoe geleid hebben dat euthanasie meer dan ooit ter discussie is gekomen en door te stellen dat, ondanks de strafwetgeving, in 5000 tot 6000 gevallen per jaar op de vraag om de milde dood positief wordt ingegaan.[2]

Wessel-Tuinstra meent, dat de bestaande situatie leidt tot rechtsonzekerheid en rechtsongelijkheid voor hulpverleners en hulpvragers. Ze noemt een dergelijke situatie schadelijk voor de wetgever en het functioneren van het recht. De wetgever mag weliswaar achterlopen bij de maatschappelijk ontwikkelingen, maar niet teveel. Naar de mening van Wessel-Tuinstra is dat laatste het geval. Zij is van oordeel dat het ongewenst is, en staatsrechtelijk onjuist, wanneer een zo belangrijk maatschappelijk probleem als de strafbaarheid van euthanasie volledig en langdurig aan de rechter wordt overgelaten. Onder verwijzing naar de scheiding der machten stelt zij, dat het ook bezwaarlijk is het al dan niet strafbaar zijn van euthanasie over te laten aan het Openbaar Ministerie middels een vervolgingsbeleid. Verder meent Wessel-Tuinstra dat de nood die het euthanaserend handelen voor de medische beroepsgroep oproept, al groot genoeg is. Een bijkomende strafdreiging van twaalf jaar is zeker ongewenst.[3]

Wessel-Tuinstra verwijst naar een kentering in de publieke opinie, daar uit onderzoek blijkt dat 87% van de bevolking tolerant staat tegenover ‘euthanasie’.[4] Niet alleen het opheffen van rechtsonzekerheid, rechtsongelijkheid en de grote discrepantie tussen wetgeving en praktijk brengt Wessel-Tuinstra tot het indienen van het wetsontwerp, maar bovenal de maatschappelijke nood op dit terrein. Deze nood betreft niet alleen hulpvragenden en hulpverleners, doch ook hen die afwijzend staan ten aanzien van euthanasie. Wanneer de waarborgen en zorgvuldigheidseisen voor euthanasie duidelijk en toetsbaar vastliggen, betekent dat een waarborg tegen ongevraagde en ongewenste ‘euthanasie’. Alhoewel Wessel-Tuinstra weet dat het rapport van de Staatscommissie aanstaande is, acht ze het onverantwoord daarop te wachten met wetswijziging.[5]

De uitgangspunten van het wetsvoorstel

Met haar wetsontwerp beoogt Wessel-Tuinstra euthanasie onder strikte voorwaarden toe te laten. Wessel-Tuinstra beperkt haar voorstel tot levensbeëindiging op verzoek: euthanasie en hulp bij zelfdoding. Zij heeft gemeend aan hulp bij zelfdoding niet geheel voorbij te kunnen gaan, omdat een afbakening tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding niet goed mogelijk is. Wessel-Tuinstra wil beide vormen van levensbeëindiging onder hetzelfde regime brengen. Levensbeëindiging bij mensen die hun wil niet (meer) kenbaar kunnen maken, valt buiten het bestek van dit wetsontwerp. Op deze terreinen is de meningsvorming, volgens Wessel-Tuinstra, nog niet voldoende uitgekristalliseerd.[6]

---

2 *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen,* 18 331, nr. 3: 6.

3 *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen,* 18 331, nr. 3: 6-7.

4 Uit het Lagendijk-opinieonderzoek van 1980 waarnaar Wessel-Tuinstra verwijst, blijkt dat 87% van de ondervraagden vindt dat andere mensen een afwijkend standpunt mogen innemen ten aanzien van ‘euthanasie’ en daar als het henzelf betreft naar mogen handelen. Uit datzelfde onderzoek blijkt dat 56% van de ondervraagden instemt met ‘actieve euthanasie’ en 75% met ‘passieve’ (NVVV 1980 *Meningen* : 7.1). In april 1984 wordt de vraag naar de instemming met euthanasie op verzoek van de AVRO herhaald. Dan blijkt 77% van de ondervraagden met ‘actieve euthanasie’ in te stemmen en 90% met ‘passieve’. In antwoord op een vraag daaromtrent laat 12% weten dat in hun optiek het verbod op ‘euthanasie’ moet blijven, meent 30% dat op dat verbod uitzonderingen mogelijk moeten zijn en acht 58% een speciale wet wenselijk (AVRO, ‘Vragen rond euthanasie’. 12 april 1984).

5 *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 331, nr. 3: 7-8.

6 *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 331, nr. 3: 8-9.

Wessel-Tuinstra stelt het verzoek van de betrokkene zelf voorop. In haar optiek is er vanuit juridisch oogpunt geen onderscheid tussen 'passieve' en 'actieve euthanasie'. Zij constateert een tendens om de 'passieve euthanasie' zonder verzoek van de patiënt, toelaatbaar te achten. Naar de opvatting van Wessel-Tuinstra past hier de uiterste waakzaamheid. In haar optiek zijn er zeker gevallen waarin het nalaten van medische handelingen geoorloofd is omdat deze medisch zinloos zouden zijn. Zodra echter het gebied van zinloos medisch handelen verlaten wordt, is er sprake van 'euthanasie'. Een 'euthanasie' die, zo meent Wessel-Tuinstra, niet mag worden toegepast op hen die een verzoek om een milde dood niet meer kenbaar kunnen maken. Ook bij het onderscheid tussen 'directe' en 'indirecte euthanasie' rijst, aldus Wessel-Tuinstra, het gevaar dat gehandeld wordt op de grens van vrijwilligheid of zonder dat de betrokkene volledig is geïnformeerd.[7]

Als uitgangspunten voor het wetsvoorstel noemt Wessel-Tuinstra: beschermwaardigheid van het leven, humanisering van het sterven, zelfbeschikkingsrecht onder bepaalde omstandigheden - namelijk het verkeren in de stervensfase of in een situatie van ondraaglijk lijden, zorgvuldige hulpverlening en controleerbaarheid van levensbeëindigend handelen.[8]

Wessel-Tuinstra is van mening, dat de erkenning van het recht, dat ieder mens in beginsel zelf beslist op welke wijze hij zijn leven zal beëindigen, een opdracht voor de overheid met zich mee brengt. Voor de uitoefening van dat recht moet er immers ruimte zijn en deze ruimte moet mede geschapen worden door de overheid. De rol van de overheid is gericht op het scheppen van waarborgen, opdat ieder mens zich in vrijheid en onafhankelijkheid kan ontplooien en zijn verantwoordelijkheid ten opzichte van de medemens waar kan maken. Daarenboven heeft de overheid een specifieke verantwoordelijkheid voor de zwakken in de samenleving. De hulpvrager die in een situatie verkeert dat hij de dood naderbij wil halen, verkeert dikwijls ten opzichte van de hulpverleners in een afhankelijkheidspositie. Zij concludeert dat bij euthanasie de rol van de overheid duidelijk is:

> in een pluriforme samenleving als de onze met zoveel verschillende meningen en overtuigingen kan zij nooit een bepaalde mening opdringen. Zij dient, uitgaande van de algemeen geaccepteerde norm van de beschermwaardigheid van het leven, ruimte te scheppen voor ieders individuele beslissing de grenzen van die bescherming voor zijn eigen leven te bepalen, met inachtneming van haar specifieke verantwoordelijkheid ten aanzien van de versterking van de rechtspositie van de zwakken in de samenleving en de kwaliteit van de hulpverlening.[9]

HET WETSVOORSTEL

Wessel-Tuinstra stelt voor, 'zorgvuldige hulpverlening' te laten gelden als het criterium voor een strafuitsluitingsgrond ten aanzien van handelen dat formeel onder werking van het eerste lid valt van artikel 293 en het tweede lid van artikel 294. Deze constructie - een verbod gecombineerd met een strafuitsluitingsgrond - ontleent zij aan artikel 280 van het Wetboek van Strafrecht.[10] Een dergelijk constructie sluit aan bij de jurisprudentie inzake euthanasie. 'Zorgvuldige hulpverlening' wordt niet ongeclausuleerd als strafuitsluitingsgrond toegelaten, maar beperkt tot twee gevallen: zorgvuldige hulpverlening verleend aan iemand die zich reeds in de stervensfase bevindt of aan iemand die ondraaglijk lijdt. Deze beperkingen zijn, volgens Wessel-Tuinstra, aan de rechtspraak ontleend en worden door

---

7 *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen,* 18 331, nr. 3: 9-12.
8 *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 331, nr. 3: 13.
9 *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 331, nr. 3: 13.
10 In dat artikel wordt het verbergen van weggelopen minderjarigen onder bepaalde omstandigheden, niet strafbaar gesteld.

velen met instemming aanvaard. Wessel-Tuinstra is van mening, dat op dit punt de maatschappelijke ontwikkeling zo ver is gevorderd, dat hier van een algemene aanvaardbaarheid kan worden gesproken.[11]

In het tweede lid van artikel 293 wordt de strafuitsluitingsgrond als volgt geformuleerd:

> Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar indien wordt gehandeld in het kader van zorgvuldige hulpverlening aan iemand die zich reeds in de stervensfase bevindt of aan iemand bij wie sprake is van ondraaglijk dan wel als ondraaglijk ervaren lichamelijk of geestelijk lijden.[12]

In het derde lid worden de eisen van zorgvuldigheid genoemd. Op de eerste plaats betreft dit een vrijwillig en weloverwogen verzoek. Op de tweede plaats een handelen van een geneeskundige die aan bepaalde vereisten voldaan heeft. Die vereisten zijn: de geneeskundige heeft zich ervan overtuigd dat de vrager zich in de genoemde situatie bevindt; de geneeskundige heeft een van hem onafhankelijke deskundige geraadpleegd; de geneeskundige heeft een verslag bijgehouden en hij heeft de verklaring van overlijden naar waarheid opgemaakt. Artikel 294 wordt zo geredigeerd dat het met artikel 293 in overeenstemming is.[13]

REACTIES

De jurist Van Veen reageert op het wetsvoorstel. Hij meent, en menigeen deelt die mening, dat Wessel-Tuinstra beter had kunnen wachten tot de Staatscommissie Euthanasie klaar was met haar werk. Ook bekritiseert hij de constructie van het voorstel - het opnemen van de zorgvuldigheidseisen in een exceptie in het Wetboek van Strafrecht. Bezwaren hiertegen zijn onder andere, dat te verwachten valt, dat er over deze voorwaarden aanzienlijk verschil van mening bestaat en dat de inzichten zich in de loop der jaren zullen wijzigen.[14] Verder valt te betwijfelen of artsen, wier patiënt in de stervensfase verkeert, steeds aan al deze voorwaarden zullen kunnen en willen voldoen. Principiëler is het bezwaar dat het Wetboek van Strafrecht niet bedoeld is om een serie van voorschriften voor beroepsuitoefening van medici te regelen.[15] Ook het vraagstuk betreffende de positie van de arts die niet aan de voorwaarden heeft voldaan, is volgens Van Veen niet opgelost.[16] Daarnaast is er kritiek op details. Zo betreurt Van Veen het dat Wessel-Tuinstra euthanasie niet beperkt tot de stervensfase en hij meent dat zij eenduidiger moet kiezen voor artsen als uitvoerders. Bij een verzoek om stervenshulp buiten de stervensfase staat de arts principieel niet anders tegenover de hulpvrager dan anderen, aldus Van Veen.[17] De verdienste van het wetsontwerp is, volgens dezelfde auteur, dat de bezwaren, die aan een dergelijke aanvulling kleven, zichtbaar zijn gemaakt.[18]

---

[11] *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 331, nr. 3: 15.

[12] *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 331, nr. 2: 3. Wessel-Tuinstra stelt voor de maximumstraf op het toepassen van euthanasie terug te brengen naar vier jaar.

[13] *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 331, nr. 2: 3-4.

[14] Van Veen 1984: 1069.

[15] Van Veen 1984: 1069. Van Veen vindt de behoefte om voorwaarden te formuleren, waaronder een einde gemaakt mag worden aan een leven, begrijpelijk. Hij denkt echter dat artikel 293 niet veranderd moet worden maar pleit voor aanpassing van beroepsregels van artsen.

[16] Van Veen 1984: 1069; ook zo Bergkamp 1985: 93. De arts-jurist Bergkamp stelt dat er situaties denkbaar zijn, waarin wel aan de voorwaarden is voldaan maar die ethisch volstrekt onacceptabel zijn. Volgens hem verdient een open norm - voor zover wetswijziging *überhaupt* gewenst is - de voorkeur.

[17] Van Veen 1984: 1069.

[18] Van Veen 1984: 1070.

Vier maanden later brengt de Raad van State advies uit over het voorstel Wessel-Tuinstra.[19] De Raad vindt dat het wetsontwerp te vroeg komt, omdat het onderwerp nog niet voldoende bestudeerd is, in ieder geval dient het rapport van de Staatscommissie te worden afgewacht. De Raad heeft bovendien ernstige bedenkingen tegen de opzet van het wetsontwerp. Hij acht de rechtszekerheid met dit ontwerp niet gediend, en is van oordeel dat de in het Wetboek van Strafrecht in het algemeen en ook in de artikelen 293 en 294 gevolgde methode van strafbaarstelling "zich er niet mee verdraagt dat een strafbepaling wordt aangevuld met een reeks omstandigheden en voorwaarden die te zamen en in onderling verband een strafuitsluitingsgrond zouden moeten opleveren".[20] Het gevolg van een dergelijke opzet is dat onder de voorwaarden ook voorschriften van administratieve aard worden opgenomen. Het enkel niet voldoen aan die voorwaarden leidt, aldus de Raad, tot het niet aanvaardbare gevolg, dat de nalatige vervolgd zal worden voor het hoofdmisdrijf. Wat de indienster van het wetsvoorstel poogt te bereiken aan inhoudelijke toetsing van euthanasie, zou verder uitgewerkt, in een bijzondere wet geregeld moeten worden, zo meent de Raad. Het Wetboek van Strafrecht leent zich niet voor gedetailleerde regeling van feiten en omstandigheden en van toezicht en controle. De problematiek van hulp bij zelfdoding ten slotte, vraagt naar het oordeel van de Raad een andere bezinning en een eventuele regeling zou, naar zijn oordeel, dan ook anders opgesteld moeten worden. Kortom, de Raad van State heeft ernstige bezwaren tegen het voorstel.[21]

6.2 Publicaties

Dat euthanasie een onderwerp van belang is blijkt ook in deze periode uit diverse publicaties.[22] De vooraanstaande strafjurist Enschedé, die zo'n grote rol gespeeld heeft in

---

19 *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 331 A.

20 *Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Bijlagen*, 18 331 A: 2.

21 Uit *Handelingen Tweede Kamer 1984-1985, Bijlagen,* 18 333 B blijkt dat Wessel-Tuinstra het niet eens is met de argumenten van de Raad van State.

22 Wibo van de Linde doet verslag van de lotgevallen van de emeritus hoogleraar geologie Van Bemmelen en zijn vrouw en hun al dan niet samen afgesproken 'euthanasie'. Het gaat hier om een echtpaar dat aangeeft dat zij gezamenlijk suïcide zullen plegen. Zij zoeken contact met de journalist, omdat zij de zaak van 'euthanasie' zouden willen ondersteunen met hun daad. De bedoeling is dat eerst de vrouw overlijdt en, nadat sommige zaken geregeld zijn, de man. De vrouw overlijdt inderdaad met behulp van haar man, maar de man maakt niet zelf een einde aan zijn leven. Over de achteraf ontstane twijfel, maakt Van de Linde in januari 1984 een televisie-uitzending (Van de Linde 1984). De journalist Herbergs schrijft een boek waarin een overzicht gegeven wordt van de hele problematiek van de levensbekorting (Herbergs 1984). De activiste van het eerste uur Sybrandy geeft samen met de schrijver Bakker – de laatste heeft een roman op zijn naam staan waarin hulp bij zelfdoding een van de twee centrale thema's is (Bakker 1984) - tips en doet verslag van ervaringen in *Zorg jij dat ik niet meer wakker wordt? Vrijwillige euthanasie in de praktijk*. Als reactie verschijnt een jaar later *Help jij dat ik verder mag leven*, een bundel waarin vanuit christelijk perspectief tegen 'euthanasie' geageerd wordt (Van Esterik (red) 1985). Verder verschijnt er een bundel onder redactie van Stoeckart (Stoeckart (red) 1984) met daarin bijdragen van onder andere C.J. Trimbos, H.M. Terborgh-Dupuis, J.J.M. Michels, F.J.G. Oostvogel, J.H. Mulder en A. Kerkhof. De meeste opgenomen artikelen betreffen voordrachten, gehouden bij een cyclus van het Studium Generale aan de Erasmus Universiteit. De bijdragen van de laatste drie zijn eerder gepubliceerd in *Medisch Contact* 1983. Verder is er een bundel met voordrachten die gehouden zijn op een symposium over 'euthanasie' in mei 1984 aan de Rijksuniversiteit Limburg (Elders e.a. 1985) met onder andere bijdragen van F.C.B. van Wijmen, H.D.C. Roscam Abbing en P. Sporken en een aantal kleinere rapporten en publicaties: Werkgroep Dood en Rouw West-Brabant 1984; Werkgroep Uiterst Medisch Handelen 1984); twee boeken van Kruijthoff en een boek onder redactie van Lindijer (Linderijer (red) 1984). In 1985 wordt door H.H. Muns en P.C. van Es namens de synode van de Gereformeerde Kerken in Nederland de brochure *Euthanasie en pastoraat* beschikbaar

het abortusdebat, mengt zich nu in de discussie. Aan zijn publicaties, die van twee leden van de Staatscommissie – Klijn en Nieboer – en de rechtstheoretici Scheltens, Hirsch Ballin en Van Haersolte wordt in het onderstaande aandacht besteed.

Enschedé

Net zoals in 1966 ten aanzien van abortus, brengt Enschedé met betrekking tot euthanasie de 'medische exceptie' in stelling.[23] Het bevreemdt Enschedé dat men er blijkbaar vanuit gaat dat de wetsbepalingen aangaande doden op verzoek en hulp bij zelfmoord mede voor artsen zijn geschreven. Hij meent dat uit de wetsgeschiedenis van de bepalingen niet blijkt, dat de wetgever ooit aan de toepasselijkheid voor artsen gedacht heeft. In zijn optiek kan ook hier slechts het uitgangspunt zijn, dat de arts die overeenkomstig de regelen van de kunst op een euthanasieverzoek - hoe dan ook - reageert, strafvrij is, omdat die delictsomschrijvingen niet voor hem geschreven zijn.[24]

Enschedé meent dat het enkele feit, dat het recht het medische normstelsel respecteert en steunt, niet wil zeggen dat regels, opvattingen en handelingen die binnen dat stelsel opgeld doen, ook alle door het recht als juist worden aanvaard. Dat kan immers reeds daarom niet, zo stelt hij, omdat vele daarvan onderling tegenstrijdig zijn. De oplossing ligt, volgens Enschedé, niet bij het recht. In zijn optiek kan de zedelijke artsenproblematiek niet met wettelijke formules inhoudelijk worden opgelost. "Het enige dat het juridisch establishment aan de kwaliteit van de medische oordeelsvorming kan bijdragen, is bepaalde eisen stellen aan de besluitvorming."[25] Terecht hebben lagere rechters zich tot nu toe vooral ook daarop gericht, zo meent Enschedé.[26]

Een jaar later vult Enschedé deze gedachte aan met zijn opvatting over het invullen van de verklaring van natuurlijk overlijden. Levensbekortend handelen wordt door hem dan aangeduid als 'medische thanasie'. Daaronder verstaat hij: "elk doen of laten van een arts ten opzichte van zijn patiënt, waarvan de arts zich de levensverkortende of levensbeëindigende werking bewust is ongeacht, of hij die werking nu beoogt dan wel als onbeoogde nevenwerking op de koop toe neemt". In deze context is euthanasie een bijzondere vorm van 'thanasie'.[27] In de praktijk, zo stelt Enschedé, geeft de arts bij 'medische thanasie' zonder meer een overlijdensverklaring af, zodat de lijkbezorging zonder strafrechtelijke complicaties verlopen kan. Er is, zo meent hij, over deze praktijk in medische kring geen twijfel of aarzeling, maar juristen zullen stellen dat zo'n ingreep tenminste één van de oorzaken van de dood is, die wel zeker geen natuurlijke is. De vraag is dan aan welke oorzaak de dood van de patiënt redelijkerwijs kan worden toegerekend.[28]

Enschedé gaat ervan uit dat het veilig stellen van de mogelijkheid van opsporing van strafbare feiten het doel is van de lijkschouwing. Vanuit dat oogpunt is het recht niet

---

gesteld als een bijdrage aan de meningsvorming. Verder verschijnt er dat jaar een boek waarin vanuit reformatorisch-wijsgerig perspectief de "doods-ethiek" en de geseculariseerde medische ethiek wordt bekritiseerd (Strijbos 1985) en publiceren de bisschoppen van Nederland een *Herderlijk schrijven over lijden en sterven van zieken* .

[23] Enschedé 1984: 135-140.

[24] Enschedé 1984: 137.

[25] Hij schrijft daarmee aan te sluiten bij Leenen, die het stellen van regels van formeel recht in de plaats van regels van materieel recht "de methode van indirecte wetgeving" noemt (Enschedé 1984: 139.)

[26] Enschedé 1984: 139.

[27] Enschedé 1985 Euthanasie en overlijdensverklaring: 799.

[28] Enschedé 1985: 799-800.

geïnteresseerd in medische handelingen, die stroken met de door het recht geaccepteerde regels van de medische standaard. Vandaar, zo stelt Enschedé, dat de toelaatbare 'thanasiehandeling' rechtens geen oorzaak is van de dood van de patiënt, ook al behoort zij natuurkundig wel tot de doodsoorzaken. Strafrechtelijk onderzoek heeft in dergelijke gevallen geen zin. Een 'medische thanasiehandeling' echter die niet strookt met regels van de medische standaard of die de kritiek van het dwingend recht, de openbare orde dan wel de goede zeden niet kunnen doorstaan, is rechtens wel degelijk een relevante doodsoorzaak. Kortom: de arts die een 'thanasiehandeling' verricht heeft, die naar zijn overtuiging strookt met de regels van de medische standaard, mag een verklaring van natuurlijk overlijden afgeven. Indien echter de arts erover twijfelt of zijn 'thanasiehandeling' wel aan die normen beantwoordt, is hij niet overtuigd van een natuurlijke doodsoorzaak en behoort hij de schouw aan de gemeentelijk lijkschouwer over te laten.[29]

Leenen is het helemaal niet eens met Enschedé. In de optiek van Leenen is euthanasie niet een medisch handelen in de gebruikelijke zin. Hij meent dat het in zaken als abortus en euthanasie niet om een medisch-ethische aangelegenheid gaat maar om algemeen ethische vraagstukken. En het is dan ook niet aan de medische beroepsgroep om de normen met betrekking tot euthanasie te bepalen. Bovendien is er voor euthanasie geen medische indicatie in de gebruikelijke zin van het woord. Er is zelfs vaak geen indicatie meer tot medische behandeling.[30]

Klijn en Nieboer

Twee leden van de Staatscommissie Euthanasie – de hoogleraar strafrecht Nieboer en de hoogleraar theologische ethiek Klijn - publiceren in 1984 hun opvattingen omtrent 'euthanasie'.[31] Nieboer meent - met een beroep op het opzetbegrip in het strafrecht - dat ook de dood als bijeffect van de pijnbestrijding behoort tot het in artikel 293 strafbaar gestelde. Als een arts zijn patiënt op diens verzoek met pijnstillende medicatie behandelt, terwijl die arts weet dat hij door die behandeling de kans op sterven aanzienlijk vergroot, dan moet die arts opzet tot levensberoving toegedicht worden, ook als levensberoving niet zijn doel is.[32] Vervolging ligt echter, volgens Nieboer, niet in de lijn van de verwachting. Het lijkt hem ondoenlijk alle vormen van stervensbevordering, die onder de letter van artikel 293 vallen te berechten. De abortuskwestie heeft laten zien, dat het justitieapparaat vrijwel lam gelegd wordt zodra de wet massaal wordt overtreden door artsen of door een andere groep academisch gevormden.[33]

Nieboer bekritiseert de pleitbezorgers van 'euthanasie'. Zij stellen degenen die de strafwet willen handhaven voor als mensen die hun eigen overtuiging via de strafwet dwingend willen opleggen aan anderen. Door zogenaamd slechts te pleiten voor de vrijheid naar eigen inzicht te handelen, maskeren zij echter hun eigen achterliggende bedoelingen, meent

---

[29] Enschedé 1985: 800-801.

[30] Leenen 1985 *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 416. Ook in het debat over de abortuswetgeving heeft hij zich in deze termen geuit (Leenen 1985 *Nederlands Juristenblad* en Leenen 1986: 189). Ook Kelk laat zich later in dergelijke termen uit (Kelk 1987: 491). In het verlengde van deze opvatting van Leenen, ligt diens afkeuring van abstineerbeslissingen van artsen niet op basis van het criterium 'medisch zinloos handelen' maar op basis van de kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven is in zijn ogen geen begrip dat artsen op grond van hun medische expertise kunnen hanteren. "De waardering van de kwaliteit van het leven is een allerindividueelst oordeel van ieder mens en het komt niemand toe, ook niet de meest serieuze hulpverlener, zich dat oordeel over een ander aan te meten" (Leenen 1985 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* : 153).

[31] Klijn en Nieboer 1984.

[32] Klijn en Nieboer 1984: 33.

[33] Klijn en Nieboer 1984: 36.

Nieboer. Het gaat hen niet om vrijheid voor iedereen maar om erkenning van het zelfbeschikkingsrecht.[34]

Klijn meent, dat de term ‘euthanasie’ in zijn algemeenheid weinig zegt en dat het begrip, doordat het relevante verschillen verhult, voor de eigenlijke kern van de discussie onbruikbaar is geworden. In Klijns optiek is ‘euthanasie’ niet één onderwerp, maar een veelheid aan onderwerpen, met ieder hun eigen ethische implicaties. De verantwoordelijkheid van de medicus in relatie tot de eindterm - de dood van de patiënt - is telkens op andere wijze en in een andere mate geïnvolveerd. Houdt men deze zakelijke verschillen niet voor ogen, dan is de medicus in alle gevallen evenzeer verantwoordelijk voor de dood van de patiënt, en “dan vervalt men in een ongedifferentieerd en totalitair begrip van medische verantwoordelijkheid, dat veel gelijkenis vertoont met de nacht waarin alle katten even grauw zijn”.[35]

Klijn verzet zich ook anderszins tegen het spraakgebruik in de discussie. Het eender stellen aan elkaar van niet verlengen van leven en bekorten van leven noemt hij onjuist. Hij meent dat een dergelijk spraakgebruik alleen te verklaren is wanneer - wellicht onbewust - als natuurlijk referentiekader de medisch macht wordt gehanteerd, dat wil zeggen “alle mogelijke verlenging van de biologische levensduur waartoe deze in staat is”. Wanneer er geen gebruik gemaakt wordt van deze mogelijkheden, dan stemt de duur van het leven weliswaar niet overeen met de maximale levenslengte die de medische wetenschap kan schenken, maar er is ook geen sprake van bekorting van het leven.[36]

In zijn ethische waardering meent Klijn, dat het toedienen van een (vervangende) doodsoorzaak logisch-noodzakelijk het oordeel impliceert dat het leven, zoals het zich nu voordoet en zoals het zal zijn als er geen doding of zelfdoding plaatsvindt, zinloos is. Van een dergelijk oordeel, zo is Klijn van mening, dient een mens, zowel de betrokkene als de arts, zich te onthouden. In de beslissing het leven niet medisch te verlengen, ligt een oordeel opgesloten over de zinloosheid van bepaalde medische handelingen. Een dergelijk oordeel is daarentegen wel mogelijk. Desalniettemin meent Klijn dat in extreme gevallen ‘euthanasie’ niet altijd te veroordelen is.[37]

Klijn verschilt fundamenteel van mening met Leenen en Kuitert wat betreft de opvatting dat het zelfbeschikkingsrecht op zichzelf een legitimatie is voor ‘euthanasie’ en (hulp bij) zelfdoding. Hij meent dat het zelfbeschikkingsrecht daar waar het ook het recht insluit om aan het eigen leven een einde te maken, een *contradictio in terminis* is, een ‘vierkante cirkel’. Leenen en Kuitert poneren, in zijn optiek, het zelfbeschikkingsrecht als een soort axioma of dogma. Het geldend recht kent echter een zo geïnterpreteerd zelfbeschikkingsrecht niet, zo meent Klijn. Het is juist een punt van discussie of het zelfbeschikkingsrecht als ethisch grondrecht, als een mensenrecht bestaat. Volgens Klijn kan deze discussie niet beslecht worden door het poneren van een abstract axioma.[38]

Scheltens

Op een gecombineerde ledenvergadering van het Nederlands Artsenverbond (NAV) en de juristenvereniging Pro Vita - november 1984 - houdt de hoogleraar wijsbegeerte Scheltens een lezing over een rechtsfilosofische benadering van het leven. Hij meent dat

---

34 Klijn en Nieboer 1984: 36-37.
35 Klijn en Nieboer 1984: 15.
36 Klijn en Nieboer 1984: 8-12.
37 Klijn en Nieboer 1984: 16.
38 Klijn en Nieboer 1984: 20-21.

tegenstanders van ‘euthanasie’ zich niet op geloof en bijbel moeten beroepen. De vraag naar toelaatbaarheid of ontoelaatbaarheid van ‘euthanasie’ dient volgens Scheltens als volgt geformuleerd te worden: “omvat de eerbied voor het menselijk leven ook een verbod in alle denkbare omstandigheden en met inachtneming van alle mogelijke waarborgen een daad te stellen waardoor bewust en bedoeld het leven van een uitzichtloos lijdende en stervende wordt verkort?” Scheltens meent dat het fysieke leven van de individuele mens zeker niet de hoogste waarde heeft maar wel een zeer hoge. Daarom kan en mag een mens slechts in een uiterste situatie gedwongen worden zijn leven in te zetten voor de veiligheid van zijn medemensen. Waar die hoge waarde wordt aangetast uit individueel eigenbelang gebeurt er iets wat immoreel is. Scheltens beklemtoont dat waar in een gemeenschap een mentaliteit wordt bevorderd die het respect voor het biologische menselijke leven devalueert, we voor een decadent verschijnsel staan. “Men kan zich hierbij afvragen of de ideale wetgever zonder meer, uit tolerantie voor de individuele willekeur, moet laten geworden, aangezien het toch tot de rechtsorde behoort institutioneel het respect voor elke mens te handhaven”, aldus Scheltens. Ook hij erkent dat er situaties zijn dat ‘euthanasie’ niet te veroordelen is.[39]

Hirsch Ballin en Van Haersolte

Hirsch Ballin merkt op dat vrijwel niemand in Nederland in de discussie over euthanasie een onbeperkt zelfbeschikkingsrecht over leven en dood bepleit. Hij koppelt dat aan de constatering dat ook ten aanzien van andere rechten – zoals het recht op bewegingsvrijheid en drukpersvrijheid – om goede redenen geldt dat men er niet rechtsgeldig jegens anderen afstand van kan doen, ook al is het uit vrije wil en ook al meent men daarmee zijn eigen belangen het beste te dienen.[40]

Hirsch Ballin meent dat vrijwilligheid geen voldoende voorwaarde vormt voor juridische aanvaardbaarheid. Hij denkt dat het moeilijk is uit te maken of een vraag om euthanasie de vrije wil van de patiënt weerspiegelt. Wie meent dat de wetgever dit kan oplossen met procedurele waarborgen, overspeelt de hand van de wetgever. Hirsch Ballins conclusie is dat aanvaarding van de vrijwilligheid van de patiënt als criterium voor de toelaatbaarheid van het doden, leidt tot het niet langer effectief bescherming kunnen bieden aan het recht op leven door de staat.[41]

Van Haersolte reageert op Hirsch Ballin met het maken van een onderscheid tussen het afstaan van een recht en het afstaan van een ding. Daarbij komt het hem voor dat euthanasie eerder met een amputatie vergeleken moet worden dan met kiesrecht en drukpers. In zijn optiek moet de wetgever in sommige gevallen het afstaan van een recht geheel uitsluiten en in andere gevallen slechts clausuleren. Bij de keuze tussen deze twee alternatieven moet de wetgever het gevaar van omgepaste beïnvloeding afwegen tegen het belang dat de betrokkene zelf heeft bij het afstand doen. Waar het laatste nihil is – dat is het geval bij afstand doen van kiesrecht of klassieke grondrechten - zal de mogelijkheid van het afstand doen niet worden erkend. Veel moeilijker ligt bij de afweging in die gevallen waarin de rechthebbende er wel degelijk belang bij kan hebben om zo niet van zijn recht dan toch wel van het voorwerp van zijn recht te worden verlost. Euthanasie is een van die situaties.[42]

---

39 Scheltens 1984: 134.

40 Hirsch Ballin 1984: 182-188.

41 Hirsch Ballin 1984: 185-186.

42 De conclusie die Van Haersolte hieraan verbindt is dat de filosoof niet kan voorspellen hoe een verstandig wetgever zal beslissen (Van Haersolte 1985). Hirsch Ballin op zijn beurt stelt dat het bij het afstand doen van grondrechten anders ligt wat betreft het respectabel belang waar Van Haersolte op

Samenvattend kan gesteld worden dat Enschedé poogt, net zoals hij dat in het abortusdebat heeft gedaan, ten aanzien van euthanasie het idee van de medische exceptie ingang te doen vinden. Het voordeel van dit idee is dat de tamelijk onmogelijke strafrechtelijke controle niet langer nagestreefd hoeft te worden. Voor artsen levert dit bovendien op dat de vermaledijde melding achterwege kan blijven. Met de aanvaarding van de medische exceptie kan de controle van het levensbeëindigend handelen in de handen van de beroepsgroep gelegd worden. Net zoals Enschedé maar met een heel andere insteek bekritiseren Klijn en Nieboer het onderscheid tussen levensbeëindiging op verzoek en andere vormen van medisch handelen die het leven bekorten. Klijn en Nieboer gaan de discussie aan met Leenen – ook lid van de Staatscommissie Euthanasie – over zelfbeschikking. Een discussie die ook tussen Hirsch Ballin en Van Haersolte woedt. Opvallend aan de opvatting van zowel Klijn en Nieboer als die van Scheltens is, dat zij zich duidelijk uitspreken tegen euthanasie maar niet claimen dat euthanasie in geen enkele situatie te rechtvaardigen is.

6.3 HOORZITTINGEN STAATSCOMMISSIE EUTHANASIE

Op grond van haar instellingsbesluit heeft de Staatscommissie Euthanasie besloten om belangstellenden en belanghebbende organisaties en instellingen uit te nodigen tot deelname aan door haar te houden hoorzittingen. In april 1984 is aan belangstellenden een notitie met uitgangspunten en kernpunten toegezonden met het verzoek een schriftelijk reactie daarop voor 1 juni 1984 in te zenden.[43]

---

wijst. Het wordt van publiek belang geacht dat mensen niet de mogelijkheid wordt ontnomen om voortaan hun grondrechten uit te oefenen. Legalisering van euthanasie maakt het niet alleen mogelijk om vanuit respectabele belangen, maar ook om minder respectabele redenen of onder niet identificeerbare druk over het leven te beschikken (Hirsch Ballin 1985).

[43] In totaal melden 62 belangstellenden zich en 47 personen dan wel instellingen hebben een schriftelijke reactie geleverd, waarvan 38 mondeling zijn toegelicht tijdens de in juni gehouden hoorzittingen. De schriftelijke bijdragen van de volgende auteurs zijn gepubliceerd in het derde deel van het rapport van de Staatscommissie: C. van der Meer (internist); W.L.H. Smelt (anesthesioloog); L. van den Berg (anesthesist); Landelijke Werkgroep Gewetensbezwaren in de Gezondheidszorg; Het Richtsnoer, Protestants Christelijke Vereniging voor verpleegkundigen en andere werkers in de gezondheidszorg; Humanistisch Verbond; Stichting Studiecentrum van de Staatkundig Gereformeerde Partij; Deputaatschap van de Gereformeerde Gemeenten bij de Hoge Overheid; De Christenvrouw; Bond van Christelijke Gereformeerde Vrouwenverenigingen; Bond van Nederlands Hervormde Vrouwenverenigingen op Geestelijke Grondslag en Gereformeerde Bond in de Nederlands Hervormde Kerk; Vereniging Gehandicaptenzorg van de Gereformeerde Gemeenten; Nederlandse Patiëntenvereniging; Landelijk Protestants Christelijke Vereniging van ouders en vrienden van het afwijkende kind Philadelphia; Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind; Juristenvereniging Pro Vita; Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie; Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst; Landelijke Huisartsen Vereniging; Protestants Christelijke Artsen Organisatie; Nederlands Artsenverbond; Stichting Dr. Elisabeth Kübler-Ross/Shanti Nilaya Nederland; E.G.H. Kenter (huisarts); Stichting Schuilplaats; B.P. Ponsioen (huisarts); Vereniging van Gereformeerde Artsen; D. van Tol (zenuwarts); Werkgroep Gereformeerde Apothekers; Rooms Katholiek Kerkgenootschap Nederland; Werkgroep Uiterst Handelen; Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie; Stichting Vrijwillige Euthanasie; Informatiecentrum Vrijwillige Euthanasie; H.Th.P. Cremers (politiearts); Dit Koningskind, Vereniging van gereformeerde gehandicapten, hun ouders en vrienden; J. de Jong (ziekenhuispredikant); Nederlands Instituut voor Psychologen.
Personen en instellingen die geen hoorzitting bijgewoond hebben maar wel een schriftelijke reactie hebben geleverd zijn: Bond van Christelijke Gereformeerde Mannenverenigingen; Evangelische Alliantie; Frebe, Vereniging van Werkers in de Gezondheidszorg op Gereformeerde Grondslag; J.J. ten Ham (St. Anthoniusziekenhuis Sneek); Het Beterschap, werkgroep levensbeschouwing en ethiek; H.L. Hyllner

De Staatscommissie meldt als algemene indruk van de hoorzittingen dat het zeer opvallend is dat men vrijwel unaniem kan instemmen met de door de Gezondheidsraad onderscheiden handelingen die niet tot euthanasie gerekend moeten worden. Door het merendeel van de gehoorden worden deze handelingen tot normaal medisch handelen gerekend, waarvan regeling in het strafrecht onnodig is. Door sommigen wordt uitdrukkelijke vermelding daarvan in een wettelijke regeling wenselijk geacht.[44]

Zeer velen noemen vrijwilligheid als kernpunt bij euthanasie. Derhalve wijst het merendeel levensbeëindiging bij onmondigen af. Sommigen achten het wel mogelijk om een euthanasieverklaring, opgesteld ten tijde dat de persoon nog mondig was, een rol te laten spelen.[45]

De opvattingen ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding die tijdens de hoorzittingen zijn vertolkt variëren sterk. Sommigen staan neutraal tegenover het fenomeen, anderen zijn tegen, weer anderen zijn vóór, en nog weer anderen uiten de opvatting dat er eerst meer gedaan moet worden aan het wegnemen van de behoefte aan euthanasie. Neutrale beroepsorganisaties, zoals de KNMG en de KNMP, willen geen oordeel geven over degenen die aan euthanasie willen meewerken, noch over degenen die dat om welke reden dan ook niet doen.[46]

Principiële tegenstanders als het Rooms Katholiek Kerkgenootschap in Nederland en een aantal andere organisaties op confessionele grondslag verwerpen elke dwang om mee te werken, waaronder een verwijzingsplicht. Verschillende organisaties die bekend staan als voorstander van de mogelijkheid van straffeloze euthanasie en hulp bij zelfdoding benadrukken zorgvuldigheidseisen - vrijwilligheid, betrokkenheid van een arts en het recht van de patiënt op informatie. Van heel verschillende kanten wordt de nadruk gelegd op maatregelen om de behoefte aan euthanasie en hulp bij zelfdoding te verkleinen. Zo wordt meer aandacht voor pijnbestrijding en een betere opleiding daaromtrent nodig geacht.[47]

Over de eventuele wijziging van de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht lopen de meningen zeer uiteen. Sommigen zijn tegen wetswijziging, maar vóór euthanasie en hulp bij zelfdoding. Zij achten de huidige wet en de jurisprudentie toereikend, zeker wanneer meer duidelijkheid wordt gegeven over de wetstoepassing. Anderen zijn tegen wetswijziging omdat zij tegen euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn. Zij zijn tevreden over de wet en vinden dat strenge wetshandhaving moet plaatsvinden. Weer anderen zijn voor de mogelijkheid van euthanasie en voor wetswijziging.[48]

In zijn algemeenheid kan gezegd worden, dat de voorstanders van de mogelijkheid van euthanasie zich baseren op het zelfbeschikkingsrecht en dat de tegenstanders onderverdeeld kunnen worden in twee groepen: degenen die op grond van godsdienstige argumenten tegen euthanasie zijn en degenen die seculiere argumenten hanteren. Seculiere argumenten die naar voren gebracht worden zijn onder andere de stellingen: euthanasie is

---

(verpleeghuisarts); Katholieke Vereniging van ziekeninrichtingen; J.H. Mulder (internist); F. van Ree (zenuwarts). Alle schriftelijke bijdragen zijn gepubliceerd in het derde deel van het rapport van de Staatscommissie.

44 Staatscommissie 1985 Deel 1: 23-24.

45 Staatscommissie 1985 Deel 1: 24.

46 Het standpunt van de KNMP wordt verderop in deze paragraaf uitgebreid beschreven; het standpunt van de KNMG vormt het onderwerp van de volgende paragraaf.

47 Staatscommissie 1985 Deel 1: 24-25.

48 Staatscommissie 1985 Deel 1: 25.

in tegenspraak met de medische ethiek; het recht op leven verplicht de staat om het menselijk leven te beschermen; het is onmogelijk een scherpe scheiding aan te brengen tussen 'vrijwillige' en 'onvrijwillige euthanasie'; en liberalisering van euthanasie leidt tot ongewenste sociale praktijken.

KNMP

Eén van de organisaties die naar aanleiding van de hoorzittingen van de Staatscommissie Euthanasie hun standpunt hebben geformuleerd, is de vereniging van apothekers: de KNMP. In juni 1984 bespreekt het hoofdbestuur van de KNMP met haar leden een nota inzake de aflevering van euthanatica.[49] De nota is bedoeld om die apotheker die overweegt of hij al dan niet zal overgaan tot aflevering van euthanatica van dienst te zijn. De opstellers menen dat het afleveren van euthanatica niet onder de normale beroepsuitoefening van de apotheker valt. Mocht een apotheker er wel toe over willen gaan, dan dient deze te beseffen dat hij door de bereiding en aflevering van euthanatica, een bijzondere dienstverlenende handeling toevoegt aan zijn normale taak. Het hoofdbestuur wijst erop dat euthanasie en hulp bij zelfdoding wettelijk niet zijn toegestaan, en dat dit kan betekenen dat de apotheker die overgaat tot bereiding en aflevering van euthanatica, zich moet verantwoorden voor de rechter.

In de nota worden de volgende zorgvuldigheidseisen aanbevolen: een besluit tot aflevering van de euthanatica kan pas genomen worden nadat tijdig overleg heeft plaatsgevonden tussen de betrokken arts(en) en apotheker; het verzoek tot afleveren van een euthanaticum dient schriftelijk plaats te vinden; het schriftelijk verzoek moet rechtstreeks aan de apotheker worden overhandigd; het verzoek moet duidelijk zijn en voldoen aan de eisen die ook gesteld worden aan een artikel dat onder de Opiumwet valt; de arts moet schriftelijk verklaren tot euthanasie te hebben beslist op grond van de door de KNMG opgestelde *Gedragsregels voor artsen*; het opbergen en bewaren van een dergelijk verzoek dient door de apotheker plaats te vinden als betrof het een artikel dat onder de Opiumwet valt; de aflevering van een euthanaticum dient uitsluitend door de apotheker rechtstreeks aan de arts plaats te vinden; de verpakking moet worden voorzien van een etiket dat voldoet aan daaraan voor de aflevering van een geneesmiddel te stellen eisen; indien het euthanaticum door de arts niet wordt toegepast, dient hij dit persoonlijk aan de apotheker terug te geven; apothekersassistenten hebben, evenals apothekers, het recht om op principiële of andere gronden te weigeren medewerking aan euthanasie te verlenen in welke vorm dan ook; apothekersassistenten mogen niet worden belast met enige verantwoordelijkheid, verbonden aan het afleveren van euthanatica.[50]

---

[49] In 1979 is door de KNMP een Werkgroep Euthanasie ingesteld. Deze kreeg in mei 1982 de opdracht het bestuur te adviseren met betrekking tot de ethische, juridische en pharmaceutische aspecten verbonden aan het al dan niet bereiden en afleveren van euthanatica door apothekers. Op basis van het door de werkgroep opgestelde rapport is deze discussienota opgesteld. In de werkgroep zitten de apothekers: G.L.M.-A. Hage-Noël; G.H.P. de Koning; A.C. van Loenen en A.M. van der Mooren en zijn vanuit het KNMP-bureau A.Y. Bosma en G.J. Mulder toegevoegd.

[50] KNMP 1984. De discussienota is ook opgenomen in het rapport van de Staatscommissie (Staatscommissie 1985 Deel 3: 66). Bij de bespreking van de nota in de algemene vergadering stelt de voorzitter van de KNMP dat zowel binnen de maatschappij als binnen de organisatie verschillend wordt gedacht over euthanasie. Het hoofdbestuur van de KNMP is er daarom niet op uit een uitspraak over de toelaatbaarheid van euthanasie van de KNMP te bewerkstelligen. Het standpunt wordt in de vergadering alleen besproken, er wordt niet over gestemd ('KNMP ziet afleveren euthanatica als "aanvullende dienstverlening"', *Medisch Contact* 1984: 746).

De KNMP heeft tijdens de hoorzitting van de Staatscommissie de ‘zorgvuldigheidscriteria’ en de conclusies uit de discussienota overhandigd. In haar bijdrage stelt de KNMP dat ze geen uitspraak doet over de toelaatbaarheid van euthanasie en dat meer duidelijkheid in de wetstoepassing geboden is.[51]

6.4 Het standpunt van het hoofdbestuur van de KNMG

De KNMG, die een heel belangrijke rol gaat spelen in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie, is inmiddels begonnen een nieuw standpunt ten aanzien van euthanasie te formuleren.[52] Het onderwerp ‘euthanasie’ staat op 5 en 19 juni 1984 op de agenda van de vergadering van het hoofdbestuur van de KNMG. Leidraad bij de discussie is de rapportage van de Commissie Euthanasie.[53] Het uitgangspunt van de commissie - die sterk onderling verdeeld is over de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding - is dat in het algemeen een arts niet kan worden verplicht, tegen zijn persoonlijke (levens)beschouwing in, een levensbeëindigende handeling te verrichten. Evenmin mag een arts die naar eer en geweten een levensbeëindigende handeling wel toelaatbaar acht, *a priori* door anderen veroordeeld worden. Als tweede uitgangspunt aanvaardt de commissie de stellingname dat het te formuleren commissiestandpunt niet primair dient om de collegae die levensbeëindigend handelen op principiële gronden afwijzen in hun overtuiging te staven, maar om collegae die hun patiënten ook op dit moeilijke punt hulp zouden willen bieden, een basis voor een verantwoorde besluitvorming te verschaffen.[54] Op 3 augustus 1984 publiceert het hoofdbestuur zijn, op basis van het rapport van de Commissie Euthanasie geformuleerde, nieuwe standpunt ten aanzien van euthanasie in *Medisch Contact*.

Het standpunt van het hoofdbestuur

In zijn inleiding benadrukt het hoofdbestuur dat het de toelaatbaarheid van euthanasie niet ter discussie wil stellen. Het hoofdbestuur gaat er vanuit dat euthanasie feitelijk in de medische praktijk wordt toegepast en dat er grote rechtsonzekerheid daaromtrent bestaat. Aan dat laatste moet, naar de mening van het hoofdbestuur, zo spoedig mogelijk een einde worden gemaakt. Verder brengt het hoofdbestuur nadrukkelijk naar voren dat zijn standpunt slechts betrekking heeft op die gevallen, waarin de betrokken patiënt in staat is zijn wil kenbaar te maken.[55]

Op de eerste plaats wordt de term ‘euthanasie’ gedefinieerd en onderscheiden van andere vormen van levensbeëindigend handelen. Euthanasie wordt omschreven als: “handelen dat beoogt het leven van een ander op diens uitdrukkelijk verzoek te beëindigen”. Wat betreft het handelen stelt het hoofdbestuur dat het een handelen betreft ten gevolge waarvan een beëindiging van een leven plaatsvindt dat, hetzij uit zichzelf, hetzij met inschakeling van medische mogelijkheden nog in stand had kunnen blijven. Euthanasie omvat niet: het staken c.q. achterwege laten van een in medisch opzicht zinloze behandeling; het verlenen van hulp ter verlichting van het sterven; en het op verzoek van de patiënt achterwege laten

---

[51] Staatscommissie 1985 Deel 3: 64.

[52] Het eerdere standpunt van de KNMG is in 1978 verwoord in *Gedragsregels voor artsen* en herdrukt in 1984. De KNMG achtte daarin ‘indirecte’ en ‘passieve euthanasie’ door een arts aanvaardbaar maar ‘actieve euthanasie’ niet.

[53] Leden van de commissie zijn: P. Visser, W.H. Cense, C.J. Jonkman, R.C. Schokker, C. Spreeuwenberg, F.N. Hoogendijk (KNMG 1984: 990).

[54] KNMG 1984: 991.

[55] KNMG 1984: 990.

van (medische) behandelingen. Het hoofdbestuur acht het verstandig niet langer een onderscheid te maken tussen 'passieve' en 'actieve euthanasie' en tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het hoofdbestuur merkt op dat de emotionele weerstand tegen hulp bij zelfdoding in de artsenwereld aanzienlijk groter is dan tegen euthanasie, maar in moreel opzicht ziet het geen verschil. Strikt genomen, kan de euthanatische handeling - althans in psychologisch opzicht - zelfs als een ingrijpender handeling worden gekwalificeerd dan hulp bij zelfdoding, aangezien de arts bij euthanasie de beslissende handeling zelf dient te verrichten, terwijl hij die handeling bij hulp bij zelfdoding aan de patiënt kan overlaten. Het hoofdbestuur verklaart de grote weerstand van artsen tegen hulp bij zelfdoding niet primair uit feitelijkheden, maar uit de bij artsen levende vooronderstelling dat euthanasie voornamelijk betrekking heeft op terminale patiënten en hulp bij zelfdoding op niet-terminale patiënten; en uit de bij artsen levende associatie tussen enerzijds euthanasie en somatisch lijden en anderzijds hulp bij zelfdoding en psychisch lijden. Deze voorstelling van zaken is volgens het hoofdbestuur niet geheel en al conform de praktijk van de hulpverlening. Daar wint de opvatting veld, dat het in bepaalde gevallen, wanneer de patiënt daartoe nog in staat is, in principe de voorkeur verdient de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in deze tot uitdrukking te laten komen door hemzelf de benodigde euthanatica tot zich te laten nemen. Het hoofdbestuur stelt voor om het bestaande juridische onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding niet over te nemen en voor beide handelwijzen dezelfde terminologie respectievelijk begripsomschrijving te hanteren: "Per slot van rekening gaat het bij beide methodes eveneens om het zelfde, te weten de zelfbeschikking over een menswaardig levenseinde".[56]

Het hoofdbestuur acht artsen de enige aangewezenen om een levensbeëindigende handeling te verrichten. Dit niet alleen omdat de handelingen die bij een eventueel besluit tot levensbeëindiging dienen te worden verricht, nadrukkelijk aan de arts zijn voorbehouden, maar vooral omdat de arts als enige de voor een zorgvuldige besluitvorming zo cruciale vragen kan beantwoorden. Te weten de vragen wat de patiënt precies mankeert en welke reële hoop op verbetering mag worden gekoesterd c.q. welke lijdensweg naar alle waarschijnlijkheid nog moet worden afgelegd. Naar de mening van het hoofdbestuur mag de KNMG er dan ook geen twijfel over laten bestaan, dat euthanasie thuishoort in de arts-patiëntrelatie en dat de medische professie derhalve als collectiviteit de plicht heeft een maatschappelijk aanvaardbare regeling van het euthanasievraagstuk mogelijk te maken.[57]

Met het bovenstaande wil uiteraard niet gezegd zijn, zo vervolgt het hoofdbestuur, dat iedere individuele arts is gehouden in voorkomende gevallen levensbeëindigende handelingen te verrichten. Wel meent het hoofdbestuur, dat van iedere arts die met een verzoek om euthanasie wordt geconfronteerd, mag worden verwacht dat hij dit verzoek niet *a priori* afwijst en dat hij deze wens met de grootste zorgvuldigheid benaderd. Van een arts die een levensbeëindigende handeling op principiële gronden verwerpt, mag naar de mening van het hoofdbestuur worden verwacht, dat hij de betrokken patiënt in een zo vroeg mogelijk stadium in de gelegenheid stelt contact te krijgen met een collega.[58]

Het hoofdbestuur acht het geboden, dat de KNMG steun biedt aan artsen die euthanasie overwegen en wel primair door aan te geven aan welke zorgvuldigheidseisen dient te worden voldaan om van een verantwoord handelen te kunnen spreken. Het komt, afgaande op de meest recentelijk gerechtelijke uitspraken betreffende de toepassing van euthanasie, tot de volgende zorgvuldigheidseisen: het verzoek om euthanasie dient te berusten op de

56 KNMG 1984: 992-993.
57 KNMG 1984: 993.
58 KNMG 1984: 993.

“vrije wil van de betrokkenen”; het verzoek om euthanasie dient “weloverwogen” te zijn; het verlangen naar de dood moet “duurzaam” zijn[59]; er moet sprake zijn van “onaanvaardbaar lijden” en de arts die met een verzoek om euthanasie wordt geconfronteerd, dient hierover “overleg” te plegen met een ervaren collega.

Juist omdat de zorgvuldigheidseisen slechts zeer ten dele in maat en getal kunnen worden uitgedrukt en de afweging in alle individuele gevallen een uiterst moeilijke is, acht het hoofdbestuur enigerlei vorm van collegiaal overleg voor een verantwoorde besluitvorming terzake onontbeerlijk. Hoewel in de rechtspraak tot dusverre aan de mate van lijden nog een drietal voorwaarden worden gesteld, te weten dat dit duurzaam, ondraaglijk en uitzichtloos dient te zijn, ziet het hoofdbestuur minder aanleiding tot een dergelijke detaillering. Deze begrippen overlappen elkaar gedeeltelijk en ze lenen zich slechts zeer ten dele voor verificatie. Duurzaamheid van het lijden acht het hoofdbestuur bovendien strikt genomen van ondergeschikt belang in dit verband. Het spreekt dan ook van ‘onaanvaardbaar lijden’. Het hoofdbestuur komt uitdrukkelijk terug op het idee van het standpunt van 1973 dat de stervensfase moet zijn ingetreden.[60]

Het hoofdbestuur acht het belang van een zorgvuldige besluitvorming inzake euthanasie en de rol van collegiale consultatie en toetsing dermate groot dat het van mening is dat het op de weg van de KNMG ligt om daarin regelend op te treden. Het denkt daarbij niet alleen aan het creëren van voldoende mogelijkheden tot consultatie voor alle artsen die met een verzoek om euthanasie worden geconfronteerd maar ook aan het uitbrengen van het zwaarwegende advies om van die mogelijkheden ook daadwerkelijk gebruikt te maken. Het hoofdbestuur onderscheidt twee mogelijkheden van consultatie: een informele vorm die primair gericht is op de consulterende arts zelf, en een toetsing vooraf van de merites van het euthanasieverzoek. De eerste vorm van consultatie veronderstelt een persoonlijke relatie tussen de consulterende en de geconsulteerde arts; een gezamenlijke betrokkenheid bij en bekendheid met de medische, sociale en religieuze achtergronden van het euthanasieverzoek; alsook een gemakkelijke onderlinge bereikbaarheid. Het hoofdbestuur denkt bij deze vorm van consultatie aan de eigen waarneemgroep van de arts of de eigen instelling. De tweede vorm van consultatie betreft een verantwoorde en zo objectief mogelijke besluitvorming van de consulterende arts. Dit vereist juist distantie van de toetsende arts, zowel wat betreft de consulterende arts als wat betreft de aangeboden problematiek. Derhalve zou het hoofdbestuur deze toetsing juist niet in de eigen omgeving van de consulterende arts willen situeren. Het hoofdbestuur staat, voor wat betreft de organisatorische kant van deze toetsing, de formering van onafhankelijke toetsingscommissies voor ogen, bestaande uit drie tot vijf artsen.[61]

Tot slot gaat het hoofdbestuur in op de gang van zaken rond de overlijdensverklaring. Men acht het onjuist, alhoewel begrijpelijk, om gevallen van euthanasie te boekstaven als een natuurlijke dood. Nog afgezien van het feit dat het niet naar waarheid invullen van bescheidenen een arts onwaardig is - en bovendien niet van risico ontbloot - acht het hoofdbestuur het niet juist spanningsvelden tussen wetgeving en de praktijk van hulpverlening te verdoezelen. Een dergelijke verdoezeling neemt de spanningsvelden niet weg en maakt bovendien volstrekt oncontroleerbaar wat er onder de noemer van euthanasie in de praktijk allemaal plaatsvindt. Het hoofdbestuur pleit voor aanpassing van de betreffende formulieren, zodat ruimte komt voor de vermelding ‘euthanasietoepassing’.

---

[59] Het hoofdbestuur tekent hierbij aan dat er nauwelijks mogelijkheden zijn om het begrip ‘duurzaamheid’ in dit verband absolute inhoud te geven.

[60] KNMG 1984: 994-995.

[61] KNMG 1984: 995-996.

Dit vereist het ontwikkelen van een nieuwe procedure waarbij het waarborgen van het beroepsgeheim in acht moet worden genomen.[62] Uit het oogpunt van rechtszekerheid dient hier dan overigens wel tegenover te staan, dat de arts die de gestelde zorgvuldigheidseisen in acht neemt, redelijkerwijs mag verwachten dat van rechtsvervolging wordt afgezien. Voor de periode dat een nieuwe wettelijke regeling van deze problematiek nog op zich zal laten wachten, acht het hoofdbestuur overleg over tussen het ministerie van Justitie en KNMG geboden.[63]

Reacties

Het standpunt van het hoofdbestuur wordt besproken op de Algemene Vergadering van de KNMG op 16 november 1984. Gemandateerd door bestuur en raad van advies van het Nederlands Artsenverbond (NAV), tekent Van der Does de Willebois ernstig protest aan tegen de standpuntbepaling van het hoofdbestuur. In de ogen van het NAV zal het uitbreiden van de taak van artsen met euthanasie leiden tot uitholling van de geneeskunst. Het opheffen van het taboe op de euthanasie luidt volgens hen het einde van de geneeskunst in. Van der Does de Willebois vreest, dat men met deze standpuntbepaling op het hellend vlak terechtkomt en hij stelt dat de norm 'niet doden' ofwel 'eerbiediging van het menselijk leven' hooggehouden moet worden. Volstrekt onaanvaardbaar acht het NAV de opvatting van het hoofdbestuur, dat de arts de enig aangewezene is om een levensbeëindigende behandeling te verrichten. Zij zouden juist willen zeggen: "als iemand dat niet moet doen dan wel de arts".[64]

Het NAV meent bovendien dat het hoofdbestuur verregaand partijdig is. Dat blijkt uit de opvatting, dat een tegenstander van euthanasie in een vroeg stadium een 'euthanasiaste patiënt' in contact dient te brengen met een 'euthanaserende collega', terwijl met geen woord wordt gerept over wat een 'euthanasiaste arts' dient te doen bij een patiënt die euthanasie afwijst. Ten slotte maakt het NAV bezwaar tegen het feit dat alleen voorstanders van euthanasie in de voorgestelde toetsingscommissies kunnen zitten. Het NAV is van mening dat wie niet tegen euthanasie is, er in principe voor is, omdat er "nu eenmaal geen tussengebied is tussen doden en niet-doden".[65]

De ideeën van het hoofdbestuur, met name over de toetsingscommissies en de overlijdensverklaring, zijn ook bij anderen dan het NAV onderwerp van debat.[66] De artsen Van Hellemondt en Rasker adviseren medici vooralsnog geen enkel geval van euthanasie op de overlijdensverklaring te vermelden, zolang die verklaring niet is aangepast en de rechterlijke macht geen garanties heeft gegeven voor straffeloosheid als aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan.[67] Vos spreekt zich uit voor toetsing vooraf.[68] Cremers

---

[62] KNMG 1984: 996. De standpuntbepaling vormt voor het Tweede-Kamerlid Schutte (GPV) de aanleiding de minister van Justitie te vragen of hij van plan is een wijziging aan te brengen in de voorschriften omtrent de verklaring van overlijden. Minister Korthals Altes zegt dat er geen wijziging in de huidige voorschriften omtrent de verklaringen van overlijden worden aangebracht of bevorderd zolang de Staatscommissie Euthanasie nog geen rapport heeft uitgebracht (*Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Aanhangsel,* nr. 1129).

[63] KNMG 1984: 996.

[64] KNMG 1985 Kort verslag: 402.

[65] KNMG 1985 Kort verslag: 402-403.

[66] KNMG 1985 Kort verslag: 402-408; 436-439.

[67] Van Hellemondt en Rasker 1984: 1210. Zij verzetten zich overigens tegen het samenvoegen van euthanasie en hulp bij zelfdoding. In hun optiek leidt dat tot een toename van de problematiek doordat andere categorieën patiënten erbij betrokken worden (Hellemondt en Rasker 1984: 1209).

[68] Vos 1985: 1059-1060. Hij stelt voor te melden bij ervaren medici die in dienst zijn bij publieke gezondheidsdiensten. Hij meent dat het eenvoudiger en wellicht principieel ook juister is om niet de

verzet zich tegen het invullen van ‘euthanasie’ op de overlijdensverklaring. Hij meent dat de arts zich rechtens kan blijven beroepen op het ambtsgeheim aangezien euthanasie extreem geheimwaardig is. In zijn optiek is het willen controleren van het medisch handelen aan het levenseinde een uiting van wantrouwen. Door de laatste fase te gaan controleren is het bewijs van wantrouwen geleverd en kan het medisch ambtsgeheim op de schroothoop, zo meent hij.[69]

Ten aanzien van de voorgestelde toetsingscommissies stellen artsen op de vergadering dat het geen ‘toestemmingscommissies’ mogen worden.[70] Het hoofdbestuur antwoordt het zo niet te bedoelen: de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor en de beslissing tot de handeling ligt alleen in de arts-patiëntrelatie. Het lijkt het hoofdbestuur juist om in eigen kring de overwegingen van tevoren met elkaar te bespreken en eventueel advies te krijgen over de vraag of aan de verschillende zorgvuldigheidseisen is voldaan: “Dat is beter dan dat hetzelfde uitsluitend achteraf gebeurt via onder meer Justitie of Inspectie”.[71]

De voorzitter van het KNMG sluit het agendapunt af met de opmerking dat het nooit de bedoeling is geweest een standpunt voor of tegen in te nemen. Hij benadrukt nogmaals, daarin ondersteund door leden van de werkgroep, dat het de bedoeling is geweest die collegae, die een beslissing willen nemen of zij al dan niet in bepaalde omstandigheden tot deze hulpverlening over zullen gaan, een handvat te geven hoe te handelen.[72]

6.5 De eerste uitspraak van de Hoge Raad en andere rechtszaken

Tegen vijf artsen die betrokken zijn geweest bij de levensbeëindiging van een van hun patiënten, is in de periode 1982-1984 vervolging ingesteld.[73] Al deze zaken zullen in deze periode een fase verder geraken. Daarnaast worden er nog twee nieuwe zaken van

---

strafwet te herzien, maar van de gemeenten te vragen om in overleg en afstemming met de geneeskundige inspectie en het Openbaar Ministerie een verordening te maken, waarin regelen worden gesteld voor de toetsing van gevallen van euthanasie.

69 Cremers 1984: 1197.

70 KNMG 1985. Kort verslag: 436.

71 KNMG 1985. Kort verslag: 436. Ook elders is er twijfel aan de toetsingscommissies. De advocaat-generaal Schalken meent dat het idee van toetsing vooraf is terug te voeren naar de opvatting, dat euthanasie een medische aangelegenheid is en dat de daarmee samenhangende problemen het beste kunnen worden beoordeeld binnen de eigen gelederen van de medische stand. Daar het voorstel niet alleen bedoeld is als interne advisering aan leden maar ook als een toetsende instantie, rijst de vraag: wordt hier niet op oneigenlijke wijze de macht van de beroepsorganisatie tegenover de justitiële organen vergroot. Het gaat niet aan, zo meent Schalken, dat

> een beroepsorganisatie van medici eerst zelf bepaalt onder welke omstandigheden een arts geen strafbare euthanasie pleegt om zich vervolgens op het standpunt te stellen, dat de arts in die gevallen er ook op mag vertrouwen dat tegen hem geen vervolging zal worden ingesteld (Schalken 1985 *Euthanasie*: 163).

Het hoofdbestuur van de KNMG reageert hier fel op. Het stelt geen probleem te hebben met toetsing maar wel met het ontbreken van richtlijnen. Het geeft aan daarover te willen gaan praten met het Openbaar Ministerie, de minister van Justitie en de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid (KNMG 1985 Wie toetst: 314). Overigens denkt Schalken dat door een stroomlijning van de procedure en door een betere instructie van de politie tegemoetgekomen kan worden aan bezwaren van artsen (Schalken 1985: 168).

72 KNMG 1985 Kort verslag: 403; 405.

73 Het betreft de in paragraaf 5.3 vermelde gevallen waarbij de artsen Schoonheim, Pols, Admiraal, L. en W. betrokken zijn geweest.

huisartsen aan rechterlijke toetsing onderworpen.[74] De eerste betreft een huisarts die na een toepassing van euthanasie een verklaring van natuurlijk overlijden heeft ingevuld. De tweede betreft een casus die veel opschudding veroorzaakt. Het gaat hier om een huisarts, werkzaam in een bejaardentehuis, die een aantal van zijn patiënten gedood heeft zonder dat zij hem daarom verzocht hebben. [75]

Pols voor de rechtbank Groningen

In februari 1984 staat mevrouw Pols, die een vriendin die lijdt aan *multiple sclerosis* geholpen heeft haar leven te beëindigen, terecht voor de rechtbank Groningen.[76] De advocaat van mevrouw Pols voert op de eerste plaats het verweer dat het tenlastegelegde feit - van het leven beroven op verzoek - niet bewezen kan worden. Er kan niet bewezen worden dat mevrouw S. nog leefde toen mevrouw Pols haar de morfine toediende en dat de morfine de doodsoorzaak is geweest.[77] Daarnaast voert de advocaat aan dat het de bedoeling van mevrouw Pols was mevrouw S. te helpen bij zelfdoding en dat ze niet de opzet had haar van het leven te beroven. Deze verweren worden door de rechtbank verworpen.

De advocaat brengt ook het verweer van het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid. Ter motivatie hiervan stelt hij dat mevrouw Pols, alle omstandigheden in aanmerking genomen, voldaan heeft aan de eisen van de allergrootste zorgvuldigheid. Dit beroep wordt door de rechtbank afgewezen, omdat een strafuitsluitingsgrond van deze strekking geen erkenning vindt in het geschreven of ongeschreven recht en indruist tegen het, voor de rechter geldende, verbod om de innerlijke waarde of billikheid der wet te beoordelen.

De rechtbank meent dat het door mevrouw Pols gevoerde verweer moet worden opgevat als een beroep op de medische exceptie. Een levensbeëindigende gedraging kan, zo meent de rechtbank, onder omstandigheden om medische redenen geboden of dringend wenselijk zijn. Daarbij moet wel aan bepaalde voorwaarden worden voldaan, zoals overleg met andere arts(en).[78] Daar de levensbeëindiging in dit geval niet als medisch noodzakelijk kan

---

[74] Naar pas veel later bekend zal worden, helpen twee psychiaters in respectievelijk juli 1984 en oktober 1985 patiënten bij hun zelfdoding. Deze zaken worden behandeld in paragraaf 8.6. Verder blijkt een huisarts, die in 1984 euthanasie toepast, bezwaar aangetekend te hebben tegen zijn vervolging. De behandeling van dit beroep door de Hoge Raad wordt in paragraaf 7.7. weergegeven.

[75] In het onderstaande wordt ingegaan op euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen. In 1984 heeft voor de rechtbank Breda ook een zaak gespeeld van een niet-arts die euthanasie heeft toegepast. Het betreft hier een 23-jarige vrouw die haar aan heroïne verslaafde vriend met een hamer de schedel heeft ingeslagen. De man zou haar gevraagd hebben om een einde te maken aan zijn leven (*Het Nieuwsblad* 24 februari 1984). De rechtbank neemt bij de straftoemeting een tweetal overwegingen in aanmerking: de vrouw die de euthanasie heeft toegepast is in aanzienlijk mindere mate dan de gemiddeld normale mens vrij geweest aar wil te bepalen, zodat zij in beperkte mate verantwoordelijk is te achten voor haar daden; zij heeft, geconfronteerd met het verlangen van de persoon in kwestie te sterven, tevergeefs geprobeerd hulp te krijgen bij diverse hulpverleningsinstantie. De rechtbank meent dat haar handelen haar slechts in geringe mate kan worden aangerekend en de vrouw wordt veroordeeld tot 1 jaar gevangenisstraf (*Nederlandse Jurisprudentie* 1984, nr. 504).

[76] In paragraaf 5.3 is de hulp bij zelfdoding die mevrouw Pols verleende aan deze vriendin beschreven.

[77] De rapporten van de getuigen-deskundigen hieromtrent zijn niet heel specifiek en contra-expertise is onmogelijk omdat het materiaal op basis waarvan dat moet gebeuren niet meer bestaat.

[78] De rechtbank formuleert een aantal voorwaarden: de euthanasie moet uitgevoerd zijn door een arts, die hetzij de behandelend arts is, hetzij handelt na overleg te hebben gepleegd met de behandelend arts; de arts moet hebben ingegrepen met instemming van tenminste één andere arts of psychiater; de instemming van deze laatste arts dient gegrond te zijn op eigen oordeelsvorming

worden aangeduid en mevrouw Pols met geen enkele andere arts gesproken heeft over haar voornemen, verwerpt de rechtbank het - geconstrueerde - verweer op de medische exceptie.

Het daaropvolgende verweer dat de advocaat namens mevrouw Pols voert, is het beroep op overmacht in de zin van noodtoestand. Volgens de advocaat weegt het belang van mevrouw S., die haar leven heeft willen beëindigen, en het belang van haar omgeving bij een zachte dood, zwaarder dan het belang dat de wetgever wil beschermen. Dit verweer faalt volgens de rechtbank, omdat wat er zij van het gewicht van het belang bij levensbeëindiging, dit belang niet objectief meerwaardig valt aan te merken dan het belang dat de wetgever in artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht beoogt te beschermen.

Tot slot voert de advocaat het verweer dat mevrouw Pols gehandeld heeft in een situatie van psychische overmacht. Ook dit beroep faalt. Volgens de rechtbank mag van een arts gevergd worden dat zij, ook onder door haar als belastend ervaren omstandigheden, in staat blijft haar gedragslijn op zodanige wijze te bepalen, dat zij daarvoor de volle verantwoordelijkheid kan dragen.

De rechtbank oordeelt op 1 maart 1984 dat mevrouw Pols strafbaar is terzake van het bewezene, maar legt haar geen straf of maatregel op. Tegen dit vonnis wordt hoger beroep aangetekend.[79]

De medici Rasker en Van Hellemondt - beiden lid van de SVE – reageren teleurgesteld op het vonnis. Het vonnis maakt in hun optiek duidelijk dat artsen die zich gehouden hebben aan de voorwaarden die de rechtbank Rotterdam in de zaak Wertheim heeft geformuleerd, er niet op kunnen rekenen dat ze niet vervolgd zullen worden. Zij betreuren dat omdat naar hun mening die voorwaarden, mits nader uitgewerkt, zowel vereist als voldoende zijn om levensbeëindiging op verzoek voorlopig op een ethisch verantwoorde wijze te regelen. Rasker en Van Hellemondt, die de voorkeur geven aan een regeling door rechtspraak boven wetswijziging, stellen dat de Rotterdamse voorwaarden voor patiënten een zo veilig mogelijke en voor artsen werkbare procedure opleveren. Zij stellen voor een paar jaar proef te draaien op basis van deze voorwaarden maar menen dat het wel wenselijk is, dat het onderzoek naar de feiten, uitgevoerd door politie en justitie, op een discrete manier plaatsvindt. Wanneer een arts aangeeft euthanasie te hebben toegepast, achten zij bijvoorbeeld verrichten van sectie overbodig. In dergelijke gevallen zou de officier van justitie of de leider van het politieonderzoek de behandelend arts kunnen opbellen, om zo de benodigde informatie te verkrijgen. Een officier van justitie mag er volgens Rasker en Van Hellemondt vanuit gaan, dat een door een arts aangegeven geval van vrijwillige euthanasie dat ook werkelijk is. Zou het niet beter zijn, vragen zij zich af, als artsen het toepassen van vrijwillige euthanasie melden aan de inspectie, zodat in eerste aanleg de toetsing plaatsvindt door iemand van de zelfde beroepsgroep. Bij twijfel aan de correctheid van het gebeurde kan de inspectie het geval alsnog bij justitie aangeven.[80]

---

aangaande de conditie van de patiënt; de patiënt moet verkeren in een onomkeerbare conditie, die door betrokkenen duurzaam als een ondraaglijk lichamelijk en/of psychische lijden wordt ervaren; er dient sprake te zijn van een uitdrukkelijk, ernstig en duurzaam verlangen naar levensbeëindiging; waarbij het verlangen gestoeld is op inzicht van de betrokkenen in de eigen situatie en op afweging van alternatieve mogelijkheden van hulpverlening; er is geen andere - voor betrokkene redelijk aanvaardbare - oplossing (*Nederlandse Jurisprudentie* 1984, nr. 450: 1635-1736).

79 *Nederlandse Jurisprudentie* 1984, nr. 450: 1636.

80 Rasker en Van Hellemondt 1984.

Pols voor het Gerechtshof Leeuwarden

In september 1984 dient het hoger beroep van mevrouw Pols voor het Gerechtshof in Leeuwarden. Alhoewel mevrouw Pols aanvoert dat het een geval van hulp bij zelfdoding betreft aangezien zij denkt dat haar vriendin overleden is aan de Seconal en niet aan de morfine, acht het hof bewezen dat mevrouw Pols mevrouw S., op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van laatstgenoemde, van het leven heeft beroofd.

Mevrouw Pols' raadsman brengt naar voren, dat aan haar gedrag de materiële wederrechtelijkheid ontbreekt en dat zij een beroep doet op de medische exceptie. Ter ondersteuning daarvan stelt de raadsman dat mevrouw Pols heeft gehandeld overeenkomstig de eisen, die in enkele rechterlijke uitspraken aan het geoorloofd toepassen van euthanasie worden gesteld. Haar gedrag is gerechtvaardigd daar zij heeft gehandeld overeenkomstig de eisen van juiste beroepsuitoefening. Het hof verwerpt dit verweer. Het verwerpen van de medische exceptie beargumenteert het hof door te wijzen naar de wetsgeschiedenis en door te stellen, dat er in Nederland geen *communis opinio* bestaat aangaande de toelaatbaarheid van euthanasie en de wijze waarop en de voorwaarden waaronder deze mag worden toegepast. Ten aanzien van het verweer van het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid stelt het hof, met verwijzing naar de nog niet afgeronde werkzaamheden van de Staatscommissie Euthanasie, dat

> thans nog niet kan worden gesproken van een reeds voldoende uitgekristalliseerde algemene opvatting, op grond waarvan euthanasie in actieve, directe vorm,... - met terzijdestelling van artikel 293 Sr. - als algemeen maatschappelijk aanvaardbaar kan worden beschouwd, ook niet wanneer deze in genoemde vorm wordt toegepast overeenkomstig de normen, die verdachte aan enkele rechterlijke uitspraken meent te kunnen ontlenen.[81]

Daarnaast wordt namens mevrouw Pols een beroep gedaan op overmacht, zowel in de betekenis van noodtoestand als in de betekenis van psychische overmacht. Het hof verwerpt beide beroepen op overmacht, omdat mevrouw Pols zich, naar het oordeel van het hof, zelf in die situatie heeft gebracht.

Het hof acht mevrouw Pols strafbaar. Het hof twijfelt niet aan de oprechtheid, waarmee mevrouw Pols als arts heeft gemeend niet anders te mogen handelen, en is van oordeel, mede gezien het lijden van mevrouw S. en het dringende beroep die zij op mevrouw Pols heeft gedaan, dat de op te leggen gevangenisstraf voorwaardelijk dient te zijn. Het hof vernietigt het vonnis van de rechtbank Groningen, die haar schuldig had verklaard maar geen straf had opgelegd, en veroordeelt mevrouw Pols tot een gevangenisstraf van twee maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar.[82] Tegen dit vonnis wordt cassatie ingesteld.[83]

De Hoge Raad over Schoonheim

Op 27 november 1984 doet de Hoge Raad uitspraak in de zaak Schoonheim.[84] De advocaten Spong en Sutorius hebben namens Schoonheim beroep aangetekend tegen het vonnis van het hof Amsterdam. De advocaten stellen opnieuw dat artikel 293 niet toepasbaar is op deze casus, daar er geen sprake is geweest van 'beroven' van een leven; verder gaan zij in

---

81 *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 241: 886.

82 *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 241: 886.

83 De afronding van de zaak Pols wordt beschreven in paragraaf 7.7.

84 Zie voor de informatie over deze zaak en de behandeling bij rechtbank en hof paragraaf 5.3.

cassatie tegen de verwerping door het hof van het beroep op het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid en op de noodtoestand.

De Hoge Raad concludeert wat betreft het eerste middel dat het verweer hiertegen door het Gerechtshof toereikend weerlegd is. Noch de wetsgeschiedenis, noch een gewijzigde maatschappelijke opvatting, leveren grond op voor de juistheid van de stelling dat artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht beperkt moet worden uitgelegd in die zin dat onder degene die een ander op diens verzoek 'van het leven berooft' niet kan worden begrepen de arts die in het kader van zorgvuldig medisch handelen het leven van een ander op diens verzoek beëindigt op grond van duurzaam lijden. De woorden 'van het leven berooft' in artikel 293 moet worden opgevat als 'het leven beneemt' en het bewezen verklaarde handelen van Schoonheim moet als zodanig worden aangemerkt.[85]

Ook wat betreft het tweede middel - het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid - is de Hoge Raad van mening dat het verweer toereikend en niet onbegrijpelijk is weerlegd. De raadsman heeft betoogd dat zelfbeschikking soms fundamenteler is te achten dan de eerbied aan het menselijk leven verschuldigd. Naar het oordeel van de Hoge Raad heeft het hof tot uitdrukking willen brengen dat de opvatting van Schoonheim, dat hij onder de gegeven omstandigheden gerechtigd was te voldoen aan de in de overweging vermelde normen,[86] niet in die mate algemeen maatschappelijk juist geacht wordt en aanvaard is, dat op grond daarvan euthanasie rechtens toelaatbaar is en mitsdien van een strafbaar handelen als in artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht omschreven geen sprake zou kunnen zijn.[87]

Wat betreft het derde middel echter concludeert de Hoge Raad dat er een ontoereikende weerlegging van het beroep op overmacht in de zin van de noodtoestand is geweest. Ter terechtzitting van rechtbank en hof heeft de raadsman een beroep gedaan op overmacht in die zin, dat Schoonheim is geconfronteerd met een "conflict van plichten, waarin hij op een verantwoorde wijze tot een juiste keuze is gekomen".

> Dit beroep op een conflict van plichten, hetwelk moet worden onderscheiden van het daarnaast nog door de verdachte gedane beroep op overmacht in de zin van gewetensdrang, kan bezwaarlijk anders worden verstaan dan als een beroep op noodtoestand, hierop neerkomend dat verdachte de plichten en belangen welke in dit geval tegenover elkaar stonden zorgvuldig - in het bijzonder volgens normen van medische ethiek en met kennis van zaken waarover hij uit hoofde van zijn beroep als medicus geacht moet worden te beschikken - tegen elkaar heeft afgewogen en daarbij een keuze heeft gemaakt welke - objectief beschouwd en gelet op de zich in dezen voordoende bijzondere omstandigheden - gerechtvaardigd was.[88]

De Hoge Raad acht voor de vaststelling of er sprake is van een noodtoestand de volgende vragen van belang: 1. Of en zo ja in hoeverre moest er, naar vakkundig medisch inzicht, worden gevreesd voor een steeds verdergaande ontluistering van de persoon van de vrouw in kwestie en voor een nog verdere verergering van haar toch reeds als ondraaglijk ervaren lijden? 2. Of, mede in verband met de mogelijkheid van nieuwe ernstige inzinkingen, viel te

---

[85] *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 106: 458.
[86] Genoemd is: eerbiediging van het zelfbeschikkingsrecht en hulpverlening aan de mens in nood, het behoeden van diens waardigheid en het verlichten of beëindigen van zijn ondraaglijk lijden.
[87] *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 106: 459.
[88] *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 106: 459.

voorzien dat zij - anders dan op 16 juli 1982 nog mogelijk was - weldra niet meer in staat zou zijn op een waardige wijze te sterven? 3. Of, en zo ja in hoeverre, nog mogelijkheden bestonden tot verzachting van haar lijden?[89]

De Hoge Raad stelt dat het hof de verwerping van noodtoestand met het oog op de vraag of er op het moment van de euthanasie wel sprake was van ondraaglijk lijden, niet met voldoende redenen heeft omkleed. Het oordeel van het hof, dat de assistent en de zoon niet als voldoende objectief en onafhankelijk in deze kunnen worden beschouwd, kan daar, volgens de Hoge Raad, niet aan afdoen. Dat oordeel van het hof laat de mogelijkheid onverlet, dat de door Schoonheim toegepaste euthanasie naar objectief medisch inzicht, als een in noodtoestand verricht handelen gerechtvaardigd is te achten. De Hoge Raad vernietigt het bestreden arrest en verwijst de zaak naar het Gerechtshof ’s-Gravenhage.

Daarmee volgt de Raad niet het advies op van de advocaat-generaal Remmelink, die had geconcludeerd dat het arrest van het Hof in stand kon blijven:

> Voorts ben ik van mening, dat het huidige recht bestendigd dient te worden en dat (om het zo maar eens te zeggen) bij een fatsoenlijk handelend man (gelijk hier) gekozen dient te worden voor de oplossing der justitiële niet-vervolging.... Dat veronderstelt echter dat het OM een grond moet hebben om, waar wantrouwen op zijn plaats is, in te grijpen. Die noodzakelijke overschrijding van de actielijn is gegeven bij de aanvaarding van het hier verdedigde standpunt, dat actieve euthanasie in beginsel onder de werkingssfeer van art. 293 Sr. valt. … Wil men anders, dan zal de wetgever moeten spreken. Het betreft dan een staatsrechtelijk vraagstuk, dat niet door de strafrechter opgelost kan worden.[90]

Er waren niet veel mensen die deze uitspraak van de Hoge Raad verwacht hadden. De strafkamer van de Hoge Raad stond bekend als de ‘katholieke kamer’. Drie van de vijf leden die het arrest gewezen hebben waren katholiek. De latere raadsheer Royer mocht er graag op wijzen dat het feit dat een dergelijke kamer dit arrest wees, toont dat het geen politiek arrest is. [91] De raadsheer rapporteur De Waard denkt dat er niets bijzonders aan de hand was: er was door het hof gewoon onvoldoende gekeken naar het beroep op overmacht.[92] Er wordt ook gewezen naar de aanwezigheid van Bronkhorst die in 1952 een dissertatie heeft geschreven over juist de strafuitsluitingsgrond ‘overmacht’. Overigens heeft Bronkhorst in zijn publicaties over levensbeëindiging tot dan toe nooit een verband gelegd tussen overmacht en euthanasie.

Er wordt ook gewezen op de vele maanden die verstreken zijn tussen het vonnis van het Gerechtshof Amsterdam en het arrest van de Hoge Raad. Het vermoeden bestaat dat er extra getreuzeld is met de beslissing, omdat bekend was dat de KNMG bezig was een standpuntbepaling te formuleren. Wat daarvan ook zij, de procureur-generaal Remmelink denkt dat de genoemde standpuntbepaling gefungeerd heeft als een *amicus curiae*, als een aanbeveling van de beroepsgroep.[93]

---

89 *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 106: 460.
90 *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 106: 466.
91 Royer 1996: 1577.
92 Interview met De Waard maart 2001.
93 Remmelink 1992: 9.

REACTIES OP HET ARREST VAN DE HOGE RAAD

Voorstanders van de mogelijkheid van euthanasie ontvangen het arrest met vreugde. Van NVVE-zijde roemt Van der Dussen de doorbraak en stelt Muntendam dat het arrest laat zien dat de sociale aanvaarding van de euthanasie de wereld van de juristen bereikt heeft.[94] De SVE, die altijd van mening is geweest dat de oplossing van het euthanasievraagstuk door de rechterlijke macht moest worden gegeven en niet door de wetgever, verbindt aan de uitspraak de consequentie van haar opheffing: haar doel is bereikt.[95]

Het arrest van de Hoge Raad wordt uitgebreid bediscussieerd door juristen en andere participanten in het debat over euthanasie. Voor- en tegenstanders verwoorden de opvatting dat de Hoge Raad het recht op zelfbeschikking afgewezen heeft en sommige strafjuristen zien in het geaccepteerde verweer van noodtoestand elementen van andere verweren.

Holdijk en Schalken zijn van mening dat de Hoge Raad, door de keuze voor de rechtvaardigingsgrond van noodtoestand expliciet afstand heeft genomen van het recht op zelfbeschikking over de eigen dood.[96] Ook Sutorius en Kelk denken dat de Hoge Raad het zelfbeschikkingsrecht van de hand heeft gewezen.[97] De advocaat-generaal Feber onderschrijft dit voorzover het erom gaat dat de weg van het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid niet is gekozen.[98] Daartegenover staat volgens dezelfde Feber, dat de Hoge Raad niet alleen het conflict van plichten van de arts centraal heeft gesteld maar ook vragenderwijs medische criteria opwerpt - zoals 'vrees voor verdergaande ontluistering' en 'weldra niet meer in staat te zijn waardig te sterven' – die misschien toch een eerste aanzet geven voor de erkenning van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.[99]

Een tweede punt van discussie naar aanleiding van het arrest is de vraag in hoeverre in de formulering van het geaccepteerde verweer van de noodtoestand elementen van de medische exceptie en het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid zijn binnengeslopen.[100] Feber vraagt zich af of, daar waar het college uitgaat van de criteria 'in de medische ethiek geldende normen' en 'objectief medisch inzicht', de rechtspraak niet teveel afhankelijk gemaakt wordt van medische inzichten; en of deze inzichten wel zijn terug te voeren tot een *communis opinio* in de medische wereld. Door de uitspraak van de Hoge Raad wordt in Febers optiek de inbreng van de rechter te veel ingeperkt. In situaties,

---

[94] Van der Dussen 1984: 10; Muntendam 1984: 10-11.

[95] Interview met Van Till september 1996.

[96] Schalken 1985: 137-138; Holdijk 1985: 96.

[97] Sutorius stelt dat de Hoge Raad "niet heeft aanvaard dat euthanasie reeds op zichzelf rechtens toelaatbaar is (...) indien het zelfbeschikkingsrecht wordt geëerbiedigd en hulp wordt verleend aan de mens in nood, diens waardigheid wordt behoed en diens ondraaglijk lijden wordt verlicht of beëindigd" (Sutorius 1985: 340). Kelk bekritiseert het arrest juist op dit punt. Hij is van mening dat, tegen de achtergrond van het zelfbeschikkingsrecht als fundamentele waarde in onze samenleving, niet in de eerste plaats gezocht moet worden naar dé algemeen geldende opvatting over de toelaatbaarheid van euthanasie. Elke bijzondere opvatting over de ontoelaatbaarheid ervan, waar het het leven van anderen betreft, mag niet langer individuele gevallen van euthanasie in de weg staan, mits daarbij uiteraard aan normen van zorgvuldigheid wordt voldaan. In dit licht meent hij dat euthanasie onder strikte omstandigheden is te beschouwen als een handeling waaraan het wederrechtelijk karakter ontbreekt (Kelk 1985: 338).

[98] Feber 1987 *Euthanasie*: 60.

[99] Feber 1987 *Euthanasie*: 68.

[100] Klijn 1985: 250; Van Veen in noot onder het arrest, *Nederlandse Jurisprudentie* 1984, nr. 106: 467; Schalken 1985: 129; Sutorius 1985: 340-341. De laatste vervolgt met te stellen dat de medische exceptie hem als grondslag voor straffeloze euthanasie eigenlijk de meest passende lijkt.

waarin de (medische) deskundigen het niet met elkaar eens zijn, is een dergelijke inperking van de rechter nog problematischer, aldus Feber.[101] Enschedé meent dat de Hoge Raad in dit geval de weg van de noodtoestand heeft kunnen kiezen en die van de medische exceptie links heeft kunnen laten liggen omdat het hier een “echt crepeergeval” betreft. De Hoge Raad had echter ook anders kunnen kiezen, zo meent hij, omdat in dit geval sprake is van een samenloop van rechtvaardigingsgronden.[102]

Leenen ervaart de verwijzing naar de medische ethiek als problematisch. Het gaat in zijn optiek in zaken als euthanasie - evenals bij abortus - niet om een medisch-ethische aangelegenheid maar om een algemeen ethisch vraagstuk. Voor euthanasie is geen medische indicatie in de gebruikelijke zin van het woord. Er is vaak zelfs geen indicatie meer tot medische handelingen. Het verrichten van euthanasie, het behulpzaam zijn bij het verwezenlijken van een eigen keuze van de mens voor de dood, is iets wezenlijk anders dan een medische handeling. Leenen vindt het arrest op dit punt ook niet consistent: hetgeen volgens de Hoge Raad in de beoordeling betrokken moet worden: ontluistering en de mogelijkheid tot waardig sterven, betreft nauwelijks de medische ethiek.[103]

Een ander punt van discussie is dat door de uitweg van noodtoestand, het karakter van deze strafuitsluitingsgrond verandert, daar zij in in dit geval tot grondslag wordt gemaakt voor algemene straffeloosheid voor artsen die euthanasie toepassen. De rechtvaardigingsgrond van de overmacht wordt zo boven zijn casuïstische grondslag uitgetild en men meent dat door het objectief medisch inzicht doorslaggevend te achten, de rechtvaardigende noodtoestand aanzienlijk is opgerekt.[104]

Enschedé vindt de noodtoestand in meer dan één opzicht een te smalle uitweg en meent dat de medische exceptie een betere is[105], een opvatting die door Bronkhorst en Sutorius

---

101 Feber 1987 *Euthanasie*: 61.

102 Enschedé 1985 Wetgeving: 244. De Hoge Raad heeft volgens Enschedé gekozen voor de oplossing van de noodtoestand op grond van de “oude rechterlijke wijsheid dat je nooit meer moet uitmaken dan strikt nodig is”.

103 Leenen 1985 *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 416. Hij waardeert het arrest positief omdat het de rechtsontwikkeling niet heeft afgesneden en met name ook de ontluistering van de persoon en het waardig sterven als bij de euthanasie normerende factoren een plaats heeft gegeven.

104 Holdijk 1985: 96; Klijn 1985: 250-251; Feber 1987: 64-65; Schalken 1985: 127-128; Sutorius 1985: 340-341; Kelk 1985: 340.

105 Enschedé 1985 *De arts en de dood*: 94. In een lezing in 1985 verwerpt Enschedé de oplossing van de noodtoestand:

> Artsen zijn geroepen, om te gaan met lichaam en geest van hun patiënten. Termen als uitzonderingstoestanden, toevallige samenloop van conflicterende plichten, doen geen recht aan de morele en maatschappelijke positie van de medicus: hij verkeert structureel in een uitzonderlijke positie. De arts die zijn patiënt laat sterven omdat voortzetting van de behandeling medisch zinloos is, verkeert gewoon niet in een conflict van plichten, in noodtoestand. Het gaat niet om incidentele uitzonderingsgevallen, maar om juridische opheldering van het verschijnsel dat artsen thanasiehandelingen verrichten die van oudsher als ethisch onomstreden, normale medische handelingen zijn aanvaard en klaarblijkelijk, op het eerste gezicht, strafwaardig noch strafbaar zijn (Enschedé 1985 *De arts en de dood*: 66-67).

Schalken daarentegen meent dat je zou kunnen zeggen dat de Hoge Raad juist door voor de noodtoestand te kiezen, zowel afstand heeft willen nemen van de algemene aanvaarding zoals de materiële wederrechtelijkheid die suggereert, als van het normaal medisch handelen dat onder de medische exceptie kan worden gebracht (Schalken 1985 *Euthanasie*: 130).

wordt gedeeld.[106] Ook Leenen vindt de opening smal maar hij meent dat het wellicht de enig haalbare is, gegeven de bestaande strafwettelijke bepalingen en het constante afwijzen door de Hoge Raad van een beroep op het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid.[107] Uit het bovenstaande blijkt al dat Leenen de medische exceptie afwijst. Bij euthanasie gaat het immers, volgens Leenen, juist niet om 'normaal medisch handelen'. Feber wijst op een praktisch probleem: er kunnen misverstanden bestaan over het criterium van noodtoestand, omdat artsen er iets anders onder verstaan dan juristen.[108]

Bronkhorst noemt het opmerkelijk, dat de Hoge Raad in het Schoonheim-arrest niet gekozen heeft voor de methode, die in de lagere rechtspraak de laatste jaren enige malen is toegepast, namelijk een opsomming van voorwaarden, waaraan de arts zich moet houden als hij straffeloos euthanasie wil toepassen. Hij onderstreept nog eens dat de Raad uitdrukkelijk gesteld heeft, dat het niet voldoen aan de eis van consultatie van een onafhankelijke arts, de mogelijkheid van rechtvaardiging van euthanasie niet in de weg staat.[109]

De uitdrukking 'objectief' in het arrest ontmoet bezwaren.[110] Bergkamp merkt in zijn bespreking van het conflict van plichten op – door hem geïdentificeerd als enerzijds de plicht zich te onthouden van levensberoving op verzoek (artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht) en anderzijds de ongeschreven morele plicht tot euthanaserend handelen voortvloeiend uit de onhoudbare situatie waarin de medemens verkeert - dat factoren als ontluistering, uitzichtloosheid, ondraaglijkheid en dergelijke vaak wel naar min of meer objectief en naar min of meer medisch inzicht zijn te bepalen, maar dat de vraag, of en wanneer deze factoren een plicht tot euthanaserend handelen opleggen, dan nog beantwoord moeten worden. Juist daar laat het objectief medisch inzicht het afweten, zo meent hij. Naar zijn overtuiging bestaat in de medische wereld geenszins consensus over deze vraag en kunnen objectieve maatstaven niet worden aangelegd. Het gevolg hiervan is dat in euthanasieprocessen, de getuige-deskundige een belangrijke rol zal spelen.[111]

L. voor de rechtbank Rotterdam

Op 15 december 1983 paste de verpleeghuisarts L. euthanasie toe op een 71-jarige kankerpatiënte. Hij vulde de verklaring van natuurlijk overlijden in maar de apotheker die het euthanaticum had geleverd, zorgde ervoor dat de directie van het verpleeghuis van de euthanasie op de hoogte kwam.[112] In maart 1985 staat L. terecht voor de rechtbank Rotterdam. De advocaat van L., Van de Puttelaar, meent dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk moet worden verklaard, omdat de dagvaarding strijdig is met het zorgvuldigheidsbeginsel alsmede met het beginsel dat opgewekt vertrouwen gehonoreerd dient te worden. Ter ondersteuning van deze eis doet zij een beroep op de uitspraak van de minister van Justitie omtrent het vervolgingsbeleid van het Openbaar Ministerie. De rechtbank verwerpt dit verweer: het Openbaar Ministerie hanteert weliswaar een bijzondere besluitvormingsprocedure bij euthanasie, maar het is niet gebleken dat, bij het nemen van voormelde beslissing, de belangen van de arts niet op de juiste wijze zijn meegewogen. Ook

[106] Bronkhorst 1985: 666. Bronkhorst vat het arrest zo op dat de Hoge Raad de mogelijkheid aanvaardt dat de medische exceptie grond kan opleveren voor een geldig beroep op overmacht (als noodtoestand). Sutorius 1986 Abortus en euthanasie: 418.

[107] Leenen 1985 *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 417.

[108] Feber 1987 *Euthanasie*: 65.

[109] Bronkhorst 1985: 666.

[110] Feber 1987 *Euthanasie*: 61.

[111] Bergkamp 1985: 92.

[112] Zie voor de beschrijving van de casus paragraaf 5.3.

is niet gebleken, dat er een uitdrukkelijke en onvoorwaardelijke toezegging van het Openbaar Ministerie of van de minister van Justitie is, om terzake van de gerezen verdenking niet te vervolgen. Van schending van opgewekt vertrouwen is dus geen sprake, meent de rechtbank.[113]

Verder doet L. een beroep op overmacht in de vorm van de noodtoestand. De rechtbank overweegt, op basis van de bevindingen van een getuige-deskundige, dat er sprake is geweest van ondraaglijk lijden; dat dit lijden alleen door een verhoogd toedienen van morfine gestild kon worden - een oplossing die door de patiënte werd afgewezen - en dat L., zowel bij de tot standkoming van zijn beslissing als bij de uitvoering ervan zorgvuldig heeft gehandeld.[114]

De rechtbank oordeelt dat het belang, dat artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht beoogt te beschermen - de instandhouding van het leven - in casu gestaan heeft tegenover het daartegenop wegende rechtsbelang een einde te maken aan het lijden van de patiënte. L. kon dit opvatten als deel van zijn taak als arts. Het handelen van L. is aldus, zo oordeelt de rechtbank, door noodtoestand gerechtvaardigd en hij wordt ten aanzien van dit telastegelegde feit ontslagen van rechtsvervolging.[115]

L. staat niet alleen terecht voor euthanasie, maar ook voor het invullen van de (valse) verklaring van overlijden. Inzake deze aanklacht is eveneens de noodtoestand als rechtvaardigingsgrond naar voren gebracht. Van de Puttelaar stelt, dat de arts heeft moeten kiezen uit twee kwaden: enerzijds nare gevolgen voor de nabestaanden en onrust in het verpleeghuis veroorzaakt door een juiste verklaring; en anderzijds het plegen van een delict, door het afgeven van een onjuiste verklaring. Hij heeft toen, aldus de advocaat, gekozen voor het minst kwade van de twee, de valsheid in geschrifte.

De rechtbank is van oordeel dat - zo de door de arts aangevoerde gevolgen van een juiste overlijdensverklaring al een rechtsbelang zouden opleveren - dit belang niet opweegt tegen het daartegenoverstaande belang dat door artikel 228 van het Wetboek van Strafrecht wordt gediend. Het feit dat de rechtsontwikkeling inzake de aanvaardbaarheid van euthanasie nog niet is voltooid, geeft aan dit laatste belang zelfs extra gewicht, zo meent de rechtbank.[116]

> Door het plegen van het … bewezen verklaarde feit droeg de verdachte in belangrijke mate bij tot een oncontroleerbaar maken van zijn toezegging tot en uitvoering van de euthanasie, die - zoals de arts wist - zich bevond in het spanningsveld van wetgeving en practische hulpverlening.[117]

De rechtbank is van mening dat het motief van zelfbescherming geen beslissende rol heeft gespeeld en veroordeelt L. tot betaling van een geldboete ten bedrage van fl 500,- waarvan een gedeelte (fl 250,-) niet ten uitvoer zal worden gelegd, tenzij de rechter later anders mocht gelasten.[118]

113 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1985: 285.
114 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1985: 288. Consultatie van een andere arts acht de rechtbank niet noodzakelijk gezien het ziektebeeld van de patiënte.
115 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1985: 288.
116 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1985: 288.
117 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1985: 288.
118 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1985: 289. Het NAV en de juristenvereniging 'Pro Vita' schrijven brieven aan het ministerie van Justitie, waarin zij protesteren tegen het vonnis en verzoeken om hoger

Levensbeëindiging in verzorgingstehuis 'De Terp'

In april 1985 schrikt de arrestatie van een Haagse huisarts Nederland op. De man wordt ervan verdacht in de jaren 1983 en 1984 in het Haagse verzorgingshuis 'De Terp' vier bejaarde patiënten om het leven gebracht te hebben. Het vermoeden bestaat dat hij dat gedaan heeft zonder dat de patiënten hem daarom gevraagd hebben. De arts wordt dan ook niet gearresteerd op verdenking van euthanasie (artikel 293 Wetboek van Strafrecht) maar van moord dan wel doodslag. De arts wordt in voorlopige hechtenis genomen[119] en moet zich in juli voor de rechtbank Den Haag verantwoorden. Voor de rechtbank verklaart de arts met behulp van insuline een einde te hebben gemaakt aan het leven van drie patiënten en dat hij een verklaring van natuurlijk lijden heeft ingevuld ondanks dat hij wist dat de insuline-injectie de directe oorzaak van de dood was. De beschuldiging van het veroorzaken van de dood van de vierde patiënt wijst hij van de hand. Deze patiënt is in zijn optiek aan een natuurlijke doodsoorzaak - longembolie - overleden. Dit vierde geval wordt door de rechtbank niet bewezen verklaard. [120]

Voor de rechtbank betoogt raadsman Spong – een strafjurist die bekend staat vanwege zijn grote kwaliteiten als technisch jurist – dat de arts moet worden vrijgesproken van moord of doodslag in de drie resterende gevallen, omdat er in die gevallen sprake is geweest van een uitdrukkelijk en ernstig verlangen als bedoeld in artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht. In zijn optiek is dit verlangen in elk geval aannemelijk geworden en hij meent dat, in geval van twijfel, ten voordele van de arts moet worden beslist, omdat er alle reden is een arts, evenals een advocaat, op zijn woord te geloven. De rechtbank gaat er echter vanuit dat het verlangen niet slechts aannemelijk gemaakt moet worden maar ook ondubbelzinnig aanwezig moet zijn, wil er sprake zijn van overtreding van artikel 293. Zij gaat dan ook na of dat in de afzonderlijke situaties het geval is geweest. De rechtbank meent van niet.[121]

De raadsman doet een beroep op noodtoestand. Hij stelt dat de belangenafweging zal moeten plaatsvinden aan de hand van de medische werkelijkheid in 'De Terp'. 'De Terp' is een verzorgingstehuis dat, volgens hem, in wezen een verpleeghuis is, waar de arts naar objectief medisch inzicht "permanent in een latente noodsituatie verkeert". Vanuit deze situatie zijn de betrokken patiënten en de arts plotseling in een acute noodtoestand geraakt, waar de arts snel heeft moeten beslissen en ingrijpen.

De rechtbank is van mening dat, als 'De Terp' medisch een verpleeghuisachtig karakter heeft gekregen, dat mede te wijten is aan deze arts, die de zaken lang in eigen hand houdt, niet snel verwijst en wellicht daardoor mede de neiging heeft te veel acht te slaan op de wens van sommige patiënten om niet in een ziekenhuis te worden opgenomen. De "permanent latente noodsituaties" hadden er dus niet hoeven zijn, aldus de rechtbank. De rechtbank wijst het beroep op noodtoestand af gezien het feit dat de patiënten in coma waren en er dus geen grond was voor een accuut handelen.[122]

---

beroep (*Informatiebulletin Nederlands Artsenverbond* 1985: 58- 61). Er wordt inderdaad hoger beroep ingesteld. Zie voor dat beroep dat in het voorjaar van 1987 dient, paragraaf 7.3.

[119] Later zal de advocaat-generaal Feber uitleggen dat er gekozen is voor voorlopige hechtenis op grond van het onderzoeksbelang. Men vreesde pogingen tot beïnvloeding van familie en personeel. Hij voelt zich geroepen tot deze nadere uitleg omdat er in de samenleving verwarring is ontstaan omtrent het beleid van het Openbaar Ministerie (Feber 1987 De Terpzaak).

[120] *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 708: 2329-2330.

[121] *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 708: 2329.

[122] *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 708: 2330. De raadsman verdedigt verder de stelling dat de arts een beroep kan doen op noodtoestand als rechtvaardigingsgrond, ook al zou hij onzorgvuldig of misschien wel grovelijk onzorgvuldig gehandeld hebben bij de uitvoering van de 'thanasie'. De

Als laatste is nog aangevoerd dat de arts zich, geconfronteerd met het lijden van zijn patiënten, in een dwangpositie heeft bevonden op grond van zijn geweten en tot geen andere beslissing kon komen dan de verzoeken tot levensbeëindiging in te willigen. De raadsman spreekt hier van psychische overmacht of noodtoestandexces. De rechtbank is van mening dat dit verweer reeds daarom kan worden gepasseerd, dat aangenomen is dat het niet aannemelijk is dat een reëel verzoek tot levensbeëindiging is gedaan.[123]

De arts is ook aangeklaagd wegens valsheid in geschrifte en ook ten aanzien van deze telastelegging doet de advocaat een beroep op noodtoestand. De arts heeft een keuze moeten maken uit twee conflicterende plichten: het bij de wet geregeld medische beroepsgeheim versus de plicht vervat in artikel 29p lid a van de Wet op de Lijkbezorging, inhoudend dat lijkschouwing, gevolgd door afgifte van een verklaring van overlijden, dient te geschieden door de behandelend geneesheer dan wel de gemeentelijk lijkschouwer – een plicht die bovendien botst met het beginsel dat niemand verplicht is aan zijn eigen veroordeling mee te werken. De rechtbank meent echter dat deze plicht uiteraard “niet opzij gezet [wordt] door het medisch beroepsgeheim, noch door artikel 218 Wetboek van Strafvordering, noch door genoemd beginsel, indien dit anders ware, zou artikel 228 Wetboek van Strafrecht een zinloze bepaling zijn”.[124]

De rechtbank overweegt dat de eis van de officier van justitie[125] wat betreft de straf kennelijk gebaseerd is op de overweging, dat er een aantal moorden gepleegd is en dat er dus een hoge straf moet worden opgelegd. De rechtbank verkiest een wat andere benadering, al is zij van oordeel dat de bewezen verklaarde feiten dermate ernstig zijn, dat alleen onvoorwaardelijke gevangenisstraf een passende sanctie is. Ook al moet een gedeelte van de bewezen verklaarde feiten gekwalificeerd worden als moord, de gebruikelijke motieven ontbreken geheel en al.

> Het gaat hier om medische thanasie op een aantal bejaarde, ernstig zieke mensen, waar de verwanten, op een enkele uitzondering na, vrede mee hadden. Wat de verdachte ernstig te verwijten valt is dat hij alle voorwaarden, die met name de laatste jaren in de rechtspraak zijn geformuleerd en waaraan voldaan moet worden, wil er sprake *kunnen* zijn van een verantwoorde medische thanasie, totaal heeft genegeerd…. Voor het bepalen van de strafmaat is nog van belang, dat èn door de voorlopige hechtenis van de verdachte en door de grote publiciteit, die deze zaak heeft gekregen en ongetwijfeld nog zal krijgen, belangrijke strafdoelen, als generale en speciale preventie, in feite al door de vervolging zijn bereikt.[126]

Alles overwegende is de rechtbank van oordeel dat met een gevangenisstraf voor de tijd van één jaar kan worden volstaan; voor een voortzetting van de voorlopige hechtenis acht de rechtbank geen termen meer aanwezig. Tegen dit vonnis wordt in beroep gegaan.[127]

---

rechtbank gaat op dit verweer niet verder in, omdat de noodtoestand als verweer al verworpen is op andere gronden dan onzorgvuldigheid.

123 *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 708: 2330.

124 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1985: 366.

125 De officier heeft 8 jaar geëist.

126 *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 708: 2331.

127 *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 708. De houding van de rechtbankpresident tijdens de terechtzitting roept reactie op. De strafrechtgeleerde Langemeijer meent dat de rechtbankpresident ernstig tekort is geschoten en hij stelt dat van juridische zijde openbaar bezwaar moet worden gemaakt aangezien de zaak zoveel aandacht heeft getrokken. Het behoort, zo stelt Langemeier, tot de normale ethiek van de strafrechter om, voorafgaand aan zijn vonnis, niet meer van zijn oordeel over de zaak te

Op de dag van het vonnis - 6 augustus 1985 - geeft de KNMG in een verklaring uiting aan haar bezorgdheid over de uitspraak. De KNMG vreest het uitstralingseffect dat artsen kopschuw worden.[128] Procureur-generaal Feber wijst erop dat het verloop van de gebeurtenissen op veel artsen verwarrend moet hebben gewerkt. De raadsman van de arts liet niet na namens zijn cliënt in de pers en voor de televisie te betogen, dat deze in alle hem ten gelaste gelegde gevallen van levensbeëindiging zorgvuldig - overeenkomstig de jurisprudentiële zorgvuldigheidsnormen - had gehandeld.[129]

In de affaire 'De Terp' komt ook de problematische positie van verpleegkundigen bij levensbeëindiging naar voren. Een hoofdverpleegkundige is getuige geweest van het handelen van de arts en hem wordt medeplichtigheid daaraan verweten. Nog vóór de rechter hierover een uitspraak heeft gedaan, is hij ontslagen uit de instelling. Het bestuur meent dat hij zijn eigen verantwoordelijkheid had en dat hij het had moeten inlichten. Om de verpleegkundige te steunen wordt het Redcomité Verpleging Nederland opgericht. De doelstelling van dit comité is naast financiële steun voor de verpleegkundige, de discussie over de rechtspositie van de bij 'euthanasie' betrokken verpleegkundigen op gang te brengen. Zij stellen een zwartboek samen van ervaringen op dit terrein van verpleegkundigen dat zij aanbieden aan de Tweede Kamer.[130] De rechtspositie van de verpleegkundige moet hoe dan ook duidelijker worden, zo meent het comité, want verpleegkundigen kunnen niet altijd voldoende inzicht hebben in de zorgvuldigheid van artsen.[131]

De organisatie van ziekenverzorgenden 'Het Beterschap' is de eerste die zich gebogen heeft over de positie van verpleegkundigen bij de toepassing van euthanasie. In 1985 publiceerden zij een handleiding. Daarin wijst 'Het Beterschap' er op dat waar er richtlijnen aanwezig zijn, verpleegkundigen aan de hand daarvan moeten werken. Als er geen beleid is ten aanzien van euthanasie, wordt hen geadviseerd de directie en de ondernemingsraad te verzoeken tot een beleid tot komen. Als dat niet op korte termijn kan, wordt hen aangeraden afspraken te maken met de afdeling, de arts en de andere betrokkenen. Aangedrongen wordt die afspraken vast te leggen. De achtergrond van dit alles is naast de behoefte aan meer duidelijkheid, de bezorgdheid om de positie van de verpleegkundigen.

---

doen blijken dan onvermijdelijk is, en zeker als dit het de verdachte bemoeilijkt zijn eigen kijk op de zaak naar voren te brengen. In beide eisen is de president in deze zaak onmiskenbaar ernstig tekortgeschoten (Langemeijer 1985: 902). Met name over het feit dat de rechtbank-president tevens voorzitter is van het medisch tuchtcollege in Den Haag wordt geklaagd (Hoogslag 1985: 1116). De juristen Kremer en Schwanenbeck daarentegen menen dat Langemeiers reactie vooral is ingegeven doordat in 'De Terp'-zaak geen gewone verdachte terechtstaat maar een dokter (Dessaur en Rutenfrans 1986: 114).

[128] De KNMG sluit niet uit dat er artsen zullen zijn, die thans niet meer aan een verantwoorde hulpvraag van patiënten om euthanasie durven tegemoet te komen. Ook is het niet ondenkbaar dat euthanasie juist minder openlijk zal worden toegepast, waardoor het niet te toetsen is. Het spanningsveld tussen wetgeving en de praktijk van de hulpverlening mag, naar het oordeel van de KNMG, niet worden verdoezeld. Integendeel, euthanasie dient controleerbaar te zijn en in gepaste openheid plaats te vinden (Enthoven 1988: 192).

[129] Feber heeft kritiek op het handelen van de raadsman. Hij meent dat het heel begrijpelijk is dat de raadsman op de plaats waar zulks behoort te geschieden, probeert de rechter ervan te overtuigen dat zijn cliënt zorgvuldig heeft gehandeld. Doordat hij deze mening echter meermalen, zonder veel reserve, in de media heeft geventileerd, is vermoedelijk wel een wissel getrokken op de uiterst broze relatie tussen artsen en Justitie op het gebied van euthanasie, zo meent Feber (Feber 1987 De Terpzaak: 200).

[130] Van Diepen 1986: 33-36. De zaak tegen de verpleegkundige is later geseponeerd.

[131] *NRC-Handelsblad* 21 januari 1986.

Bezorgdheid omdat het niet gebruikelijk is dat verpleegkundigen artsen bekritiseren, terwijl het wel zo blijkt te zijn dat wanneer de arts in de fout gaat wat betreft euthanasie, verpleegkundigen als medeverantwoordelijk worden gezien.[132]

Admiraal voor de rechtbank 's-Gravenhage

In november 1983 heeft – zoals in paragraaf 5.3 is vermeld - de anesthesioloog Admiraal op verzoek een einde gemaakt aan het leven van een 34-jarige vrouw die leed aan *multiple sclerose*. Hij heeft zowel de gemeentelijk lijkschouwer als de inspectie van tevoren ingelicht over zijn plannen. Beide instanties verklaren dat Admiraal zorgvuldig gehandeld heeft maar desalniettemin staat hem verdere vervolging te wachten. In juni 1985 moet hij zich voor de rechtbank 's-Gravenhage verantwoorden. De officier van justitie geeft te kennen dat hij problemen heeft met de toegepaste consultatie en dat hij vindt dat Admiraal een neuroloog en een psychiater had moeten raadplegen. Bovendien wijst hij erop dat Admiraal geen beroep op de noodtoestand toekomt, nu deze zichzelf heel bewust heeft geconfronteerd met het overtreden van de wet. Dit heeft hij gedaan door een vrouw, die elders verpleegd werd en geen patiënte van hem was, over te brengen naar zijn ziekenhuis ten behoeve van toepassen van euthanasie.

De rechtbank blijkt het inzake de beoordeling van het beroep op noodtoestand wat betreft de consultatie, niet eens te zijn met de officier van justitie. Uit het onderzoek is voldoende komen vast te staan, zo meent de rechtbank, dat zowel de huisarts als Admiraal de diagnose bij de behandelend geneesheer heeft geverifieerd en uit het onderzoek is niet gebleken, dat de diagnose *multiple sclerosis* betwijfeld moet worden. Ook acht de rechtbank het consulteren van een psychiater niet noodzakelijk. De rechtbank is verder van mening dat Admiraal niet zichzelf in die situatie heeft gebracht, want niet hijzelf maar anderen hebben het initiatief genomen tot het leggen van contact tussen Admiraal en de patiënte.[133]

De rechtbank oordeelt dat Admiraal zich in een noodsituatie heeft bevonden

> doordien hij enerzijds gehouden was de norm neergelegd in art. 293 Sr - eerbieding van het leven - na te leven en anderzijds werd geconfronteerd met het verzoek over te gaan tot levensbeëindiging aan hem als medicus gedaan door patiënte X, die volkomen afhankelijk was van hulp van een arts, haar kwaal al zeer lang als ondraaglijk ervoer, de mogelijkheid van de door haar als onwaardig en afschrikwekkend aangemerkte dood… onder ogen moest zien terwijl er naar het medisch vakkundig oordeel van verdachte geen andere methode ter beschikking stond ter verlichting van het lijden van patiënte X dan ingaan op haar verzoek.[134]

De rechtbank komt dan ook tot de volgende conclusie:

> Gelet op al hetgeen hiervoor is overwogen is de Rb. van oordeel, dat verdachte de plichten en belangen welke tegenover elkaar stonden zorgvuldig - in het bijzonder volgens normen van medische ethiek en met kennis van zaken waarover hij uit hoofde van zijn beroep als anesthesioloog geacht moet worden te beschikken - tegenover elkaar heeft afgewogen en daarbij een keuze heeft

132 Het Redcomité Verpleging Nederland vindt de brochure van 'Het Beterschap' defensief, niet reëel, en onbruikbaar. In zijn optiek is de patiënt er niet mee gediend (Redcomité Verpleging Nederland 1986).

133 *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 709: 2333.

134 *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 709: 2333.

> gemaakt welke - objectief beschouwd en gelet op de zich te dezen voordoende bijzondere omstandigheden - gerechtvaardigd was. Derhalve was het ten gelaste gelegde en bewezen verklaarde handelen van verdachte door noodtoestand gerechtvaardigd en behoort hij te worden ontslagen van alle rechtsvervolging.[135]

Tegen dit vonnis wordt geen hoger beroep aangetekend en hiermee is dit de eerste zaak waarin een arts na het toepassen van euthanasie definitief ontslagen is van rechtsvervolging.[136]

In een interview met Admiraal wordt duidelijk dat artsen die vervolgd worden wegens het toepassen van euthanasie ook financieel zwaar belast worden. De rechtsbijstandsverzekering betaalt de kosten niet zolang zij niet ontslagen zijn van rechtsvervolging.[137] Gelukkig voor Admiraal – en anderen artsen – roept de NVVE een steunfonds in het leven waarop artsen die aangeklaagd worden voor euthanasie een beroep kunnen doen.

Samenvattend kan gesteld worden dat er in deze periode veel gebeurd is op strafrechtelijke terrein. De Hoge Raad heeft de juridische uitweg gewezen: overmacht in de vorm van noodtoestand. En de rechtbank 's-Gravenhage heeft Admiraal dit beroep toegekend. Daarmee is Admiraal de eerste arts in Nederland die niet veroordeeld is na het toepassen van euthanasie. Zowel bij Schoonheim als bij Admiraal ging het om een patiënt die niet in

---

[135] *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, nr. 709: 2334. Vroom-Kastelein onderstreept dat dit vonnis laat zien dat de rechter – net zoals het hoofdbestuur van de KNMG – niet de eis stelt van het ingetreden zijn van de stervensfase (Vroom-Kastelein 1986 Euthanasie (3): 898).
Niet iedereen is blij met het vonnis. De NAV-arts Gunning vraagt zich af wat het Openbaar Ministerie en wat de KNMG bezielt om niet afwijzend te reageren op het vonnis. Het stoort hem dat het hoofdbestuur - "nog wel zonder toestemming van de leden" - de eis van de stervensfase heeft laten vallen. Bovendien verzet hij zich tegen het steeds meer terrein winnen van de mening dat professioneel doden toelaatbaar is. Hij stelt: "Laten we dan tijdig bedenken dat de weg naar de professionele medewerking aan de gaskamers ook een geleidelijk evoluerende was" (Gunning 1986: 1061) .

[136] Eveneens in juni staan twee mensen die geen arts zijn, terecht voor levensbeëindigend handelen.
Op de eerste plaats betreft dit Peter Gooijer die - met medeweten van zijn vrouw - op 21 maart een einde gemaakt heeft aan het leven van zijn 15 maanden oude zoontje. Bij het kind is als diagnose de ziekte van Duchenne gesteld, en zijn ouders willen hem de lijdensweg die daar, naar hun weten, bijhoort, besparen. Artsen willen hen daarbij echter niet helpen. Gooijer voert het kind in vanillevla opgeloste slaaptabletten. Wanneer het kind slaapt neemt hij hem op schoot, legt zijn hand over de mond en de neus van het kind en sluit zo zijn adem af. Tien minuten blijft hij zo zitten, waarna hij constateert dat het kind niet meer ademt. Daarna belt Gooijer de huisarts op. Deze constateert de dood van het kind en belt de politie op om een geval van niet-natuurlijke dood te melden (Gooijer 1987: 44-47). De rechtbank Alkmaar oordeelt dat Gooijer zijn zoontje met voorbedachte rade van het leven heeft beroofd en dat het bewezen verklaarde het misdrijf moord oplevert. Het beroep op overmacht wordt verworpen. De rechtbank overweegt wat betreft de strafoplegging dat Gooijers bewuste daad de grondslagen van de rechtsorde heeft geschokt en veroordeelt hem conform de eis van de officier van justitie tot een gevangenisstraf van één jaar. Gooijer gaat tegen dit vonnis niet in beroep (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1986: 345).
Op de tweede plaats betreft het een man die een kennis, op haar verzoek, het leven benomen heeft. De desbetreffende vrouw is opgenomen in een psychiatrische inrichting en heeft al een aantal keren geprobeerd zich het leven te benemen. De man vervaardigt een mengsel van rum, rattengif en aftershave en spuit dat met een injectienaald bij haar in. Als het middel niet blijkt te werken, brengt hij haar door wurging om het leven (Enthoven 1988: 208). De rechtbank veroordeelt hem tot een gevangenisstraf van 12 maanden, met aftrek van voorarrest waarvan 4 maanden voorwaardelijk met een proeftijd van 2 jaar (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1986: 168).

[137] Van Aken 1986: 150-151.

de terminale fase verkeerde en daarmee heeft de rechterlijke macht opnieuw duidelijk gemaakt dat dit criterium voor haar niet van doorslaggevend belang is.

6.6 Het rapport van de Staatscommissie Euthanasie

Op 9 juli 1985 verschijnt het rapport van de Staatscommissie Euthanasie.[138] Het rapport bestaat uit een advies dat ondertekend is door de meerderheid van de leden van de staatscommissie en uit een minderheidsnota van de leden Klijn en Nieboer.

De Staatscommissie hanteert voor euthanasie de volgende omschrijving: "het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek".[139] Als verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding noemt men dat bij euthanasie de handeling door een ander wordt verricht, terwijl bij hulp bij zelfdoding de levensbeëindigende handeling door de betrokkene zelf wordt uitgevoerd, zij het met aan hem verstrekte middelen. De Staatscommissie beperkt haar voorstellen met betrekking tot "straffeloze hulp bij zelfdoding" tot de situatie, waarin naar haar mening levensbeëindiging op verzoek ook toelaatbaar is. Voorstellen tot opheffing van de strafbaarheid van hulp bij zelfdoding in andere situaties acht de commissie niet verantwoord, aangezien het hier een materie betreft waarover de maatschappelijke en wetenschappelijke oordeelsvorming nog niet voldoende is uitgekristalliseerd.[140]

Het meerderheidsrapport

De meerderheid van de Staatscommissie is van mening dat actie van de wetgever geboden is. Wil men zonder uitspraak van de wetgever de weg van jurisprudentiële ontwikkeling volgen, dan zal het nog vele jaren duren alvorens met betrekking tot euthanasie de gewenste duidelijkheid ontstaat omtrent de grenzen van de strafbaarheid. In de optiek van

[138] Staatscommissie 1985. Het rapport bestaat uit drie delen. In deel 1 staat het advies zelf, in deel 2 een rechtsvergelijkend onderzoek en in deel 3 het materiaal dat ingebracht is tijdens de hoorzittingen. Alle hieronderstaande gegevens komen uit deel 1. Uit het rapport blijkt dat de commissie 29 maal plenair vergaderd heeft. Met de voorbereiding van de agenda van de plenaire vergaderingen en de planning van de werkzaamheden van de commissie werd een agendacommissie belast. De commissie bestond uit voorzitter Jeukens (raadsheer bij de Hoge Raad), de hoogleraar neurochirurgie De Lange en de hoogleraar sociale geneeskunde Leenen. In deze positie heeft Leenen de mogelijkheid gehad en gegrepen om sturend op te treden in de Staatscommissie (interview Leenen november 1999).
Naast de plenaire zittingen zijn leden ook regelmatig in kleinere kring – zoals een medische en een juridische werkgroep – bij elkaar gekomen. Ten einde een eerste inzicht te krijgen in de meningen binnen de commissie is er een schriftelijke meningspeiling geweest. De resultaten van de peiling hebben bij de verdere werkzaamheden steeds als uitgangspunt gediend. Verder werd er soms ook gewerkt met schriftelijke bijdragen van individuele leden van de commissie. Ten behoeve van de commissieleden is allerlei literatuur verzameld over het onderwerp en er is veel contact geweest met derden. Naast de al eerder vermelde hoorzittingen, betreft dit contacten op verzoek van de Staatscommissie – bijvoorbeeld met de organisaties die ijveren voor de mogelijkheid van euthanasie, met de KNMG en de KNMP - maar ook met individuen als de socioloog Hilhorst en specialisten op het gebied van levensbeëindiging bij kinderen zoals de kinderoncoloog Voûte, en de hoogleraar Doek, gespecialiseerd in het recht met betrekking tot kinderen.

[139] Staatscommissie 1985 Deel 1: 26. Daarmee sluit ze aan bij de definitie van Leenen, een definitie die past bij het geformuleerde in artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht.

[140] Staatscommissie 1985 Deel 1: 27-29.

de meerderheid is de tijd rijp voor wetswijziging.[141] In hun voorstel worden twee wetsartikelen uitgewerkt: een nieuw artikel dat het nummer 292 bis krijgt en artikel 293.

Artikel 293 wordt aanzienlijk gewijzigd. Op de eerste plaats wordt behalve een wijziging in de terminologie – 'het leven beëindigen' in plaats van 'van het leven beroven' - de maximumstraf verminderd van 12 jaar naar 4 jaar en 6 maanden.[142] Ten tweede wordt aan het artikel een rechtvaardigingsgrond toegevoegd: het in het eerste lid omschreven feit is niet strafbaar, "indien de beëindiging van het leven geschiedt door een geneeskundige in het kader van zorgvuldig medisch handelen ten aanzien van een patiënt, die in een uitzichtloze noodsituatie verkeert". Vier leden zouden dit graag aangevuld willen zien met de opmerking dat het overlijden van de persoon "onafwendbaar aanstaande is".[143] Met de 'uitzichtloze noodsituatie' wil de Staatscommissie tot uitdrukking brengen dat de nood, waarin de betrokkene verkeert, zodanig is dat levensbeëindiging onomkoombaar is. De verschillende situaties van nood die zich in de praktijk kunnen voordoen in aanmerking nemend, is men tot het oordeel gekomen dat het onmogelijk is de omstandigheden, die in een individueel geval de levensbeëindiging kunnen rechtvaardigen, in algemene termen te verwoorden dan wel in een wettelijke regeling nader uit te werken. Bovendien heeft de Staatscommissie bewust opengelaten of de noodsituatie veroorzaakt wordt door lichamelijk dan wel geestelijk lijden, omdat beide tot een dergelijke noodsituatie kunnen leiden. De zogenaamde 'balanssuïcide' valt er volgens de Staatscommissie echter niet onder.[144]

Ten derde worden er zorgvuldigheidseisen geformuleerd – artikel 293 lid 4. De Staatscommissie is van mening dat zorgvuldig medisch handelen in ieder geval inhoudt dat: voorlichting aan de patiënt is gegeven omtrent de situatie waarin deze zich bevindt; de geneeskundige de overtuiging heeft gekregen dat de patiënt zijn verzoek om levensbeëindiging heeft gedaan na zorgvuldige overweging en in vrijwilligheid heeft gehandhaafd; de geneeskundige tot een oordeel is gekomen dat levensbeëindiging op grond van zijn bevindingen verantwoord is, omdat hij met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de noodsituatie waarin deze zich bevindt geen andere oplossingen zijn; de geneeskundige een door de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aangewezen geneeskundige heeft geraadpleegd.[145]

Ten slotte wordt – in artikel 293 lid 5 - omschreven hoe te handelen bij een schriftelijke wilsbeschikking die niet meer door de persoon zelf bevestigd kan worden: ten aanzien van een patiënt, die een schriftelijk verzoek om levensbeëindiging heeft gedaan en die niet meer in staat is zijn wil te uiten, houdt zorgvuldig medisch handelen in ieder geval in dat: de geneeskundige de overtuiging heeft gekregen dat de patiënt zijn schriftelijk verzoek om levensbeëindiging heeft gedaan in vrijwilligheid en na zorgvuldige overweging; de geneeskundige tot het oordeel is gekomen dat levensbeëindiging op grond van zijn

141 De Staatscommissie ziet het gevaar van politisering en meent dat daaraan wellicht kan worden tegemoetgekomen door er een zogenaamde 'vrije kwestie' van te maken.

142 Het eerste lid van het artikel luidt dan: "Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste vier jaren en zes maanden of een geldboete van de vierde categorie" (Staatscommissie 1985 Deel 1: 41).

143 Staatscommissie 1985 Deel 1: 41-42. In het derde lid van artikel 293 wordt gesteld dat hulp bij zelfdoding ook onder het artikel valt.

144 Staatscommissie 1985 Deel 1: 56-61.

145 Staatscommissie 1985 Deel 1: 41-42. In deze lijst van voorschriften heeft de Staatscommissie niet de eis van het bijhouden van een journaal opgenomen omdat het enkel niet voldoen aan een dergelijke vereiste ertoe zou leiden dat de in dit opzicht nalatige geneeskundige vervolgd zou worden voor het hoofddelict. De Staatscommissie acht dit een te vergaand gevolg.

bevindingen verantwoord is, omdat hij tot de overtuiging is gekomen dat er voor de noodsituatie, waarin de patiënt zich bevindt, geen andere oplossingen zijn; de geneeskundige een door de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aangewezen geneeskundige heeft geraadpleegd.[146]

De Staatscommissie acht het nodig om het achterwege laten van de consultatie als apart delict strafbaar te stellen (artikel 293 bis) en om de vereisten ten aanzien van de verklaring van overlijden te bevestigen (artikel 293 ter). Met de afzonderlijke strafbaarstelling van het niet-consulteren wil men het belang onderstrepen van zorgvuldig medisch handelen en in het bijzonder dat consultatie een onmisbaar bestanddeel vormt. Wat betreft de overlijdensverklaring is de Staatscommissie van mening dat controle op het euthanatisch handelen van geneeskundigen zoveel mogelijk gewaarborgd dient te zijn, teneinde misbruik te voorkomen.[147] Dit betekent voor de procedure met betrekking tot de lijkbezorging dat deze zodanig dient te zijn ingericht dat toetsing achteraf van de wijze, waarop de beslissing tot levensbeëindiging is genomen en vervolgens is uitgevoerd, mogelijk is. Daartoe stellen zij voor dat de behandelend arts zelf - en niet de lijkschouwer - de officier van justitie meedeelt, dat hij euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft toegepast. Hij moet dan deze mededeling vergezeld doen gaan van een verklaring over de wijze waarop hij aan de genoemde criteria heeft voldaan. De verklaring van de arts moet vergezeld gaan van een door de geconsulteerde geneeskundige opgestelde en ondertekende verklaring, waarin deze zijn bevindingen weergeeft. Van beide verklaringen zendt de behandelend geneeskundige bovendien een afschrift aan de regionale geneeskundig inspecteur.[148]

De levensbeëindiging dient te geschieden door de geneeskundige zelf. In de ogen van de Staatscommissie kan deze belangrijke handeling niet worden overgelaten aan een derde, bijvoorbeeld een verpleegkundige of een familielid. Wat betreft de te gebruiken middelen meent men dat er regels gesteld moeten worden ten aanzien van de bereiding en de aflevering van euthanatica.[149]

Ten slotte wordt nog voorgesteld een paragraaf 293 quater toe te voegen. In die paragraaf wordt omschreven wat niet onder levensbeëindiging wordt verstaan.

a. het niet instellen, onderscheidenlijk het staken van een behandeling op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van de patiënt;
b. het niet instellen, onderscheidenlijk het staken van een behandeling in gevallen waarin een zodanige behandeling naar heersend medisch inzicht zinloos is;

---

[146] Staatscommissie 1985 Deel 1: 42.
[147] Staatscommissie 1985 Deel 1: 71-72.
[148] Ten aanzien van de Wet op de Lijkbezorging wordt voorgesteld de vorm en de inrichting van de modellen van de in artikel 7, eerste en tweede lid genoemde verklaringen die aan de officier van justitie voorgelegd worden aangaande euthanasie dan wel hulp bij zelfdoding, te regelen bij Algemene Maatregel van Bestuur. In het model van de door de behandelend geneeskundige en door de consulent af te geven verklaring, dienen zodanige vragen te worden geformuleerd, dat de officier van justitie aan de hand van de daarop door de behandelend geneeskundige te geven antwoorden kan beoordelen of in het concrete geval de in artikel 292 bis – een nieuw door de Staatscommissie voorgesteld artikel - of 293 Wetboek van Strafrecht geformuleerde zorgvuldigheidseisen in acht zijn genomen (Staatscommissie 1985 Deel 1: 82-83).
[149] De Staatscommissie sluit in grote lijnen aan bij de voorstellen van de KNMP. Zij staat echter afwijzend tegenover het voorstel van de KNMP dat de apotheker, naast het schriftelijk verzoek, moet kunnen beschikken over een schriftelijke verklaring van de arts, waarin hij kenbaar maakt gehandeld te hebben op grond van de terzake door de KNMG geformuleerde gedragsregels. Het is, naar het oordeel van de staatscommissie, niet de taak van de apotheker om te beoordelen of in het concrete geval wordt voldaan aan de voor euthanasie gestelde voorwaarden (Staatscommissie 1985 Deel 1: 115-119).

c. het niet behandelen van een bijkomende ziekte of aandoening bij een patiënt die naar heersend medisch inzicht onomkeerbaar het bewustzijn heeft verloren;
d. een verhaasting van de dood als bijkomend gevolg van een behandeling, welke noodzakelijk is voor en naar haar aard rechtstreeks is afgestemd op het verlichten van het ernstig lijden van een patiënt.[150]

Artikel 294 – het artikel waarin hulp bij zelfdoding strafbaar wordt gesteld - wordt niet inhoudelijk gewijzigd. De Staatscommissie merkt hierover op dat, indien een geneeskundige bereid is te voldoen aan het verzoek van de patiënt tot levensbeëindiging, het kan zijn, dat zulks geschiedt door het aan de patiënt ter beschikking stellen van tot levensbeëindiging leidende middelen. Formeel is dan sprake van hulp bij zelfdoding. De Staatscommissie is van oordeel dat deze vorm van hulp bij zelfdoding op gelijke wijze en onder dezelfde voorwaarden als doden op verzoek moet kunnen geschieden. Artikel 294 is van toepassing op de gevallen die buiten het in artikel 293, tweede lid omschreven kader vallen. Het betreft bijvoorbeeld situaties, waarin hulp bij zelfdoding wordt verleend buiten een medisch kader. Men is niet van mening dat, indien mogelijk, de voorkeur gegeven moet worden aan hulp bij zelfdoding boven euthanasie. Beide vormen van hulpverlening zijn gericht op levensbeëindiging. Als de geneeskundige bereid is mee te werken aan de door de patiënt gewenste levensbeëindiging, dan maakt het, naar het oordeel van de Staatscommissie, geen verschil of de geneeskundige zelf de levensbeëindiging verricht dan wel de patiënt, door het verschaffen van middelen, in staat stelt dit zelf te doen. Evenmin doet het er dan toe of de patiënt, al dan niet zelf, in staat is tot het verrichten van de levensbeëindigende handeling. Bovendien kan in een concreet geval een bepaalde vorm van hulpverlening de meest aangewezen zijn, zonder dat daarbij de vraag een rol speelt of de betrokkene tot zelfdoding in staat is.[151]

In het meerderheidsrapport wordt verder gesteld dat er een apart artikel moet komen waarin levensbeëindiging wegens ernstig lijden, van patiënten die niet in staat zijn hun wil te uiten, strafbaar wordt gesteld. Daartoe stelt men voor een artikel 292 bis aan het Wetboek van Strafrecht toe te voegen. In het eerste lid wordt dit handelen strafbaar gesteld met een maximumstraf van zes jaar. In het tweede lid wordt op de strafbaarstelling een uitzondering geformuleerd voor de levensbeëindiging door een arts van een patiënt in een onomkeerbaar coma.[152]

De staatscommissie spreekt ook over andere bijzondere categorieën patiënten, waaronder met name minderjarigen. De omstandigheid, dat de Staatscommissie euthanasie alleen op verzoek van de betrokkene zelf en onder strikte voorwaarden toelaatbaar acht, betekent ten aanzien van minderjarigen, dat noch artsen, noch ouders of derden-voogden, ten behoeve van de minderjarige die niet in staat is zijn wil terzake te uiten, mogen besluiten tot levensbeëindigende handelingen. Dit geldt ook als dat besluit genomen wordt op grond van de zogenaamde ‘veronderstelde wil’.

[150] Staatscommissie Euthanasie 1985 Deel 1: 43.
[151] Staatscommissie Euthanasie 1985 Deel 1: 62-63.
[152] “Het in het eerste lid omschreven feit is niet strafbaar indien de beëindiging van het leven geschiedt door een geneeskundige in het kader van zorgvuldig medisch handelen ten aanzien van een patiënt die naar heersend medisch inzicht onomkeerbaar het bewustzijn heeft verloren, zulks nadat de behandeling als zijnde zinloos werd gestaakt”. Ook hier wordt een derde lid toegevoegd waarin de consultatie wordt geregeld: “Zorgvuldig medisch handelen als bedoeld in het tweede lid houdt in ieder geval in dat de geneeskundige een door Onze Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aangewezen geneeskundige heeft geraadpleegd” (Staatscommissie 1985 Deel 1: 40-41).

Wanneer een minderjarige die wel een goed inzicht in zijn situatie heeft en die de gevolgen van zijn handelen kan overzien, een verzoek doet om euthanasie, kan aan dat verzoek niet zo maar voorbijgegaan worden. In een dergelijke situatie is wel extra voorzichtigheid geboden, onder andere met het oog op de mogelijke invloed van degene die het gezag over het kind uitoefent.

Het kan ook zijn dat de gezagdragers niet instemmen met het door de minderjarige gedane verzoek om levensbeëindiging. Ook al dient het verzoek van de minderjarige – op voorwaarde dat die voldoet aan de zorgvuldigheidseisen – richtsnoer te zijn voor het handelen van de arts, toch kan hij niet zonder meer voorbijgaan aan de afwijkende mening van de gezagsdragers. De arts zal deze gezagsdragers zo veel mogelijk moeten overtuigen van de oprechtheid van het verzoek van het kind. Het door de commissie gehuldigde uitgangspunt, dat ouders zoveel mogelijk betrokken moeten worden bij het door hun kind gedane verzoek om levensbeëindiging, betekent evenwel niet dat zij kunnen beletten dat uitvoering wordt gegeven aan dit verzoek, indien aan de door de Staatscommissie genoemde zorgvuldigheidseisen is voldaan. In verband met de bijzondere aspecten van een door een minderjarige geuit verzoek om levensbeëindiging dringt de commissie aan op de uiterste zorgvuldigheid.[153]

Ten aanzien van betrokkenen anders dan patiënten, onderschrijft de Staatscommissie het beginsel dat niemand verplicht is om, in strijd met zijn geweten, in een individueel geval levensbeëindigende handelingen te verrichten of hulp bij zelfdoding te verlenen, dan wel daaraan medewerking te verlenen. Dit uitgangspunt geldt zowel voor geneeskundigen als voor andere bij de hulpverlening betrokken personen, zoals verpleegkundigen of apothekers. De Staatscommissie is van mening dat de overtuiging van hen die levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding niet met hun geweten kunnen verenigen, gerespecteerd dient te worden. Men meent wel dat het aanbeveling verdient dat de arts, op een zo vroeg mogelijk moment, de patiënt in kennis stelt van zijn houding ten aanzien van euthanasie. De omstandigheid dat de geneeskundige een afwijzend standpunt inneemt, laat de plicht van de arts, om de patiënt in nood zoveel mogelijk te helpen, onverlet. Het verstrekken van informatie over instanties dan wel collega's, die wel hun medewerking willen verlenen, valt onder de noemer 'helpen'. Mocht dit voor de arts problemen opleveren, dan dient desondanks het recht op informatie van de patiënt te worden gehonoreerd. Openheid over de vraag of men bereid is tot het verrichten van, of meewerken aan, levensbeëindigende handelingen is, naar het oordeel van de commissie, voor alle betrokkenen zeer gewenst. Dit geldt voor de inrichtingen - ziekenhuizen en verpleeginrichtingen - waarin verzoeken om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding zich kunnen voordoen, alsmede voor de artsen en andere bij de hulpverlening betrokken personen, alsmede voor patiënten.[154]

In het meerderheidsrapport wordt ook nog kort ingegaan op de positie van verpleegkundigen. Het uitgangspunt van deze leden is dat levensbeëindigende handelingen dienen te geschieden door de geneeskundige zelf. Een dergelijke handeling kan niet worden overgelaten aan derden zoals verpleegkundigen. De in de artikelen 292 bis en 293 geformuleerde strafuitsluitingsgrond heeft alleen betrekking op die geneeskundige. Op derden is de strafuitsluitingsgrond alleen van toepassing indien er sprake is geweest van medeplegen.[155] Is er evenwel sprake geweest van medeplichtigheid[156] en er is geen sprake

[153] Staatscommissie Euthanasie 1985 Deel 1: 87-99.

[154] Staatscommissie Euthanasie 1985 Deel 1: 103-112.

[155] Van medeplegen kan gesproken worden indien het plan om de levensbeëindiging te plegen gezamenlijk is gemaakt door de geneeskundige en de verpleegkundige, zij bij de uitvoering bewust

van een misdrijf – omdat de arts een beroep kan doen op de strafuitsluitingsgrond – dan heeft de verpleegkundige zich niet schuldig gemaakt aan strafbare medeplichtigheid.

De minderheidsnota

Het eerste deel van het rapport van de Staatscommissie Euthanasie wordt afgesloten met de minderheidsnota van Klijn en Nieboer. Zij nemen het standpunt in dat niet moet worden overgegaan tot enige vorm van legalisering van (hulp bij) actieve directe levensbeëindiging op grond van de toestand van de betrokkene, al dan niet resulterend in een verzoek. Zij menen dat de mens vóór de drempel tot (hulp bij) actieve levensbeëindiging halt moet houden. De betekenis van het overschrijden van deze drempel overstijgt het oplossen van schrijnende problemen rondom het levenseinde. Hun standpunt stoelt op het beginsel van "*dignity of the human person*". In hun optiek is de waardigheid van de mens een werkelijkheid, die er is zolang een mens leeft. Die waardigheid kan door geen enkele toestand van het leven teniet worden gedaan. Daarom, menen zij, moeten mensen nooit tot een definitief oordeel over de zinloosheid van een leven komen en moeten zij niet, ook al is het leven eindig, overgaan tot levensbeëindiging op grond van iemands situatie en/of de wijze waarop iemand die situatie ervaart. Doet men dit wel, dan wordt getornd aan de onmisbare bodem van alle mensenrechten en vrijheden.

Klijn en Nieboer stellen dat als men wel overgaat tot het legaliseren van levensbeëindigend handelen, een hellend vlak betreden wordt. Zij menen dat, wanneer in de gezondheidszorg en in het recht de grens naar euthanasie overschreden wordt, men terecht komt in een "land zonder grenzen". In dit verband bespreken zij de, volgens hen, poreuze grenzen van begrippen als 'vrijheid', 'stervensproces' en 'uitzichtloze noodsituatie'. Als gevaren noemen zij onder andere dat een geleidelijk verschuivende maatschappelijke maatstaf omtrent de (on)aanvaardbaarheid van een bepaalde graad van levenskwaliteit een sociale druk op de betrokkenen uitoefent, ook al wordt hen in beginsel de vrijheid gelaten voor zichzelf van een dergelijke maatstaf af te wijken; dat de arts-patiëntrelatie door het aanvaarden van directe levensbeëindiging wezenlijk wordt veranderd; en dat de mogelijke invloed van familie en andere relaties op de patiënt mogelijk wordt onderschat.[157]

Klijn en Nieboer constateren dat, wanneer er in Nederland een wetswijziging zou plaatsvinden waardoor levensbeëindiging op verzoek onder voorwaarden gelegaliseerd zou worden, het land internationaal een zeer aparte en geïsoleerde positie zou innemen. Zij zijn het dan ook niet eens met de wijzigingen, voorgesteld door de meerderheid van de Staatscommissie. [158] Alleen de bepaling waarin beschreven staat wat niet onder strafbare

---

hebben samengewerkt en die samenwerking zo volledig is geweest dat de verdeling van de uitvoeringshandelingen tussen hen voor de gezamenlijke aansprakelijkheid van geen belang is geweest. De rollen, die de mededaders hebben gespeeld, zijn als het ware verwisselbaar (Staatscommissie 1985 Deel 1: 107).

[156] Bij medeplichtigheid is er geen sprake van bewuste, strafrechtelijk gelijkwaardige samenwerking bij de voorbereiding en de uitvoering van het delict. Wordt er geen misdrijf gepleegd, dan is er geen sprake van strafbare medeplichtigheid (Staatscommissie 1985 Deel 1: 107-108).

[157] Staatscommissie 1985 Deel 1: 262-263.

[158] Zij kunnen zeer zeker niet instemmen met hetgeen voorgesteld wordt in artikel 292 bis - de mogelijkheid van levensbeëindiging bij comapatiënten. Hoewel zij begrip hebben voor de problematiek die deze groep patiënten oproept, kunnen zij zich toch niet met deze strafuitsluitingsgrond verenigen. Hun opvatting dat de vrijheid van de patiënt als principiële grens voor de rechtsbescherming van het leven niet houdbaar is, wordt door dit voorstel bevestigd (Staatscommissie 1985 Deel 1: 281-282). Lid 2 en 3 van het voorgesteld artikel 293 vormen de kern van de zaak waarin zij en de meerderheid van de staatscommissie uiteengaan. Klijn en Nieboer menen dat artikel 293 alleen in die zin gewijzigd moet worden dat de maximumstraf verlaagd wordt tot 6 jaar (Staatscommissie 1985 Deel 1: 282-290).

levensbeëindiging valt (293 quater) wordt door Klijn en Nieboer in beginsel aanvaard. Zij achten een dergelijke verduidelijking gewenst vanwege bestaande misverstanden in het gebruik van termen en begrippen.

REACTIES

Vriend noch vijand van de legalisering van euthanasie had verwacht – gezien de samenstelling van de Staatscommissie waarin alleen Leenen bekend was als ijveraar voor wetsverandering en Klijn en Nieboer zich geprofileerd hadden als duidelijke tegenstanders - dat de Staatscommissie zou adviseren tot wetswijziging. Het meerderheidsadvies vormde dan ook een grote verrassing. Degenen die legalisering van euthanasie een warm hart toedragen, ervaren het rapport als een positieve bijdrage.[159] Desalniettemin is er ook kritiek. Zo is Terborgh-Dupuis van mening dat de staatscommissie een kans heeft laten liggen om bepaalde discussies te voeren. Zij noemt de discussie over de rol van de overheid ten aanzien van "zoiets hoogst individueels als de keuze van het eigen levenseinde" en de verhouding tussen 'het recht op leven' en 'de plicht tot leven'.[160] Zij meent dat het rapport tekortschiet wat betreft het op niveau brengen van de discussie over euthanasie en het op verantwoorde wijze doen plaatsvinden van de politieke besluitvorming.[161]

Tegenstanders van euthanasie tonen zich geschokt over het meerderheidsrapport. Hoek heeft bijvoorbeeld ernstige bezwaren tegen het aanvaarden van het zelfbeschikkingsrecht op grond van een veronderstelde publieke opinie, zonder daarbij morele of juridische argumentatie aan te voeren.[162]

Niet alleen tegenstanders van euthanasie verzetten zich tegen een wettelijke regeling, zoals voorgesteld door de Staatscommissie maar ook veel voorstanders hebben daar bezwaar tegen. Enschedé stelt bijvoorbeeld dat de commissie, in het voetspoor van de openbare euthanasiediscussie, ervan uitgaat dat artikel 293 ook het medisch handelen bestrijkt, zonder daarvoor een deugdelijk grond te geven. Enschedé is de mening toegedaan dat het medisch doden op verzoek niet los te weken is van de andere medische 'thanasiehandelingen'.

> Men kan de thanasiehandelingen niet uitprepareren uit de totale relatie tussen arts en patiënt in zijn ziek-, zijn sterfbed. In de zaken van leven en dood waarmee beiden daar zijn geconfronteerd kan niet de wetgever met zijn door haar algemeenheid altijd gebrekkige formules tussenbeide treden, hetzij om medici te beschermen tegen juristen, hetzij om de maatschappij te beschermen tegen medici.[163]

Ook Sutorius vindt de voorstellen tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht niet overtuigend. Niet zozeer de inhoud van de voorstellen zelf, als wel de keuze om de uitweg uit een toch zeer casuïstische problematiek, die nog volop in beweging is, uitputtend te codificeren. In zijn optiek is het Wetboek van Strafrecht niet de ideale plaats voor

---

159 Onder andere Roscam Abbing 1985: 2295; Bergkamp, Bergkamp, Bergkamp en Brouwer 1986: 49.
160 Terborgh-Dupuis 1985: 2292-2293.
161 Terborgh-Dupuis 1985: 2293.
162 Hoek 1985.
163 Enschedé 1986 Kanttekeningen: 41. Ook Van Es uit zich in dergelijke termen: "Met de ellende van de abortuswetgeving voor ogen zou men die weg beter kunnen vermijden. Waarom dan niet voor de medische weg gekozen?" Van Es gaat er van uit dat euthanasie onderdeel is van het stervensproces en dat alles wat de isolatie van euthanasie binnen dit begeleidingsproces bevordert, vermeden moet worden (Van Es 1985).

vastlegging van normen die zich in het bijzonder tot artsen richten. Zuinigheid in regelgeving lijkt hem een verdienstelijke eigenschap voor een strafwetgever. Hij is een voorstander van het plaatsen van euthanasie in het kader van - bijzonder - medisch handelen. Hij meent dat in het rapport onvoldoende wordt belicht, dat ook aan die categorieën van medisch handelen of nalaten, die niet langer 'euthanasie' worden genoemd, stringente eisen van zorgvuldigheid moeten worden gesteld. Hij betwijfelt bovendien of het euthanasievraagstuk voldoende doorvorst is, om al tot fixatie van oplossingen over te gaan.[164]

Sutorius pleit voor een andere vorm van regeling. Hij denkt dat er meer behoefte bestaat aan vastlegging van de medisch-professionele standaard in een medisch statuut. Het lijkt hem onjuist om het strafrecht telkens te hulp te roepen bij verschillende problemen van een beroepsgroep die zich ook in de toekomst in een structurele uitzonderingspositie zal bevinden.[165]

Ook de strafjurist Blad bepleit voor euthanasie een aparte niet-strafwettelijke regeling. Hij meent, in navolging van de strafrechtgeleerde Hulsman, dat criminalisering in het algemeen het gevolg heeft dat mensen hun activiteiten verbergen. Ten aanzien van controle merkt Blad op dat de zwakke stee blijft dat de controleur - de officier van justitie - voor datgene dat hij dient te controleren, afhankelijk is van de verbale informatie die de gecontroleerde - de arts - geeft. Een realiteits-adequaat beeld van de euthanasiepraktijk en een werkelijke controle daarop zullen, volgens Blad, door deze regeling niet worden bevorderd.[166]

De gezondheidsjurist Gevers twijfelt er op een andere grond aan of de weg via wetgeving de juiste is. Hij meent dat meer afgewogen moet worden of wetswijziging wel nodig is, of dat volstaan kan worden met terughoudendheid van het Openbaar Ministerie en rechter.[167]

Grote kritiek ondervindt het voorstel tot het creëren van de mogelijkheid van straffeloze levensbeëindiging van comapatiënten.[168] Gevers is van mening dat de commissie zich kwetsbaar maakt voor de kritiek van normerosie. Bovendien merkt hij op dat het voorstel tegen de verdragsrechtelijk verankerde verplichting is het leven van iedere burger te beschermen.[169] Josephus Jitta meent dat niet een ander over het leven van een patiënt mag beslissen.[170] Sutorius daarentegen noemt het voorstel moedig en stelt dat het zorgvuldige overweging verdient, omdat de problematiek, waarop het een antwoord probeert te geven, niet vanzelf zal verdwijnen.[171]

Ook op andere onderdelen van het wetsvoorstel van de meerderheidsnota is kritiek. Sutorius prefereert de formulering van de Hoge Raad – 'ontluistering' en 'risico dat patiënt

---

[164] Sutorius 1985: 344-345. Hij meent dat men niet over moet gaan tot wetgeving met open normen die in de casuïstiek opgevangen moeten worden.

[165] Sutorius 1986 Abortus en euthanasie: 423.

[166] Blad 1986: 24

[167] Gevers 1985: 331. Een andere tegenstander van wetgeving op dit moment is Spreeuwenberg (Spreeuwenberg 1986 *Metamedica* : 102).

[168] Roscam Abbing 1985: 2295.; Bergkamp e.a. 1986: 48.; Josephus Jitta 1986: 44; Sporken 1986: 39-40. De KNMG besluit korte tijd later een commissie in het leven te roepen om een standpunt voor te bereiden ten aanzien van levensbeëindiging bij patiënten, die niet in staat zijn een verzoek om euthanasie te uiten, dan wel niet in staat kunnen worden geacht om de consequenties van een dergelijk verzoek te overzien (KNMG - Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen 1997: 3).

[169] Gevers 1985: 330.

[170] Josphus Jitta 1986: 44

[171] Sutorius 1985: 344.

weldra niet meer waardig kan sterven' - boven het begrip 'uitzichtloze noodsituatie'.[172] Bergkamp c.s vinden het opvallend dat de Staatscommissie geen enkele eis formuleert ten aanzien van techniek en methode van uitvoering van euthanasie en stellen voor een bepaling daaromtrent op te nemen.[173] Huns inziens mag bovendien de arts, die naar zijn diepste overtuiging euthanasie niet kan rechtvaardigen, alles nalaten wat buiten zijn plichten op grond van het medisch contract tussen hem de patiënt valt.[174] Sommige auteurs vinden het onterecht dat de Staatscommissie de 'balanszelfdoding' niet onder uitzichtloze noodsituatie wil scharen.[175] En weer anderen hebben problemen met de opvattingen omtrent minderjarigen.[176]

Het opnemen in de wet van een paragraaf waarin omschreven wordt wat niet onder 'euthanasie' verstaan moet worden, is ook omstreden.[177] De commissie zelf noemt de bepaling noodzakelijk, omdat er zo veel onduidelijkheden zijn omtrent het begrip 'euthanasie'. Enschedé brengt daar tegenin, dat de wet de term 'euthanasie' niet bezigt en dat de commissie aan de wet een onderwijzende en opvoedende werking toekent die zij niet heeft en niet hebben kan. De noodzaak van de bepaling van het begrip 'euthanasie', wijt hij aan het door de Staatscommissie gekozen systeem, waarin de artikelen betreffende moord en doodslag ook het medisch handelen bestrijken.[178]

Buijze en Van Lammeren - beide politieartsen - reageren op het procedurevoorstel van de Staatscommissie inzake euthanasiemelding en zij geven te kennen de rol van de lijkschouwer in stand te willen houden. Volgens hen dient in een geval van euthanasie de taak van de gemeentelijk lijkschouwer niet anders te zijn dan in alle andere gevallen van niet-natuurlijk overlijden. Zij vinden het onbegrijpelijk dat de Staatscommissie voorbij is gegaan aan de kennis en ervaring van de gemeentelijk lijkschouwer met zijn goede en vooral korte communicatiekanalen naar zowel politie, justitie als geneeskundige inspectie.[179]

6.7 Politiek Den Haag aan zet

In oktober wordt tijdens de algemene beschouwingen minister-president Lubbers bevraagd op het regeringsstandpunt ten aanzien van de Staatscommissie Euthanasie. Hij laat weten dat het kabinet bezig is met de voorbereiding van een eventueel wetsvoorstel, maar dat hij geen uitspraak kan doen over de termijn waarop daarover duidelijkheid zal zijn.[180] De VVD-fractieleider Nijpels stelt in reactie hierop dat de Kamer voor een dilemma staat: doorgaan met de behandeling van het initiatiefwetvoorstel Wessel-Tuinstra of blijven wachten op het

---

172 Sutorius 1985: 337-338.
173 Bergkamp e.a. 1986: 48.
174 Bergkamp e.a. 1986: 48. Hij mag dan ook iedere vorm van medewerking, zoals het verstrekken van informatie over collegae die euthanasie uitvoeren, weigeren. De arts die euthanasie principieel afwijst, moet niet gedwongen worden direct of indirect eraan mee te werken.
175 Sutorius 1985: 343; Roscam Abbing 1985: 2295.
176 Zo noemt Hoek het aangrijpend te lezen dat, volgens de commissie, ook minderjarigen een beslissing tot beëindiging van het leven in een uitzichtloze noodsituatie moeten kunnen nemen en dat hun ouders en andere gezagsdragers daarin geen beslissende stem hebben (Hoek 1985: 14-16).
177 Roscam Abbing, Gevers en Josephus Jitta laten zich hierover in negatieve termen uit (Roscam Abbing 1985: 2296; Gevers 1985: 329; Josphus Jitta 1986: 46).
178 Enschedé 1986: 39.
179 Buijze en Van Lammeren 1985: 1194-1197.
180 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986*: 526. Een van de redenen die hij noemt voor die onduidelijkheid is dat bij een eventueel voorstel eerst advies aan de Raad van State moet worden gevraagd.

kabinet. Hij stelt voor, omdat er geen duidelijkheid ontstaat over de termijn waarop de plannen van het kabinet voldoende ontwikkeld zijn, dat zowel de Kamer als het kabinet doorgaan met hun werkzaamheden in deze.[181]

In december 1985 worden de voorbereidende werkzaamheden ten aanzien van het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra afgesloten.[182] Uit de verslagen blijkt dat vier fracties - PvdA, VVD, D66[183] en PPR - positief staan tegenover het voorstel en zich kunnen vinden in de uitgangspunten ervan. Sommige fracties - PvdA, CDA, en VVD - hebben er moeite mee dat alleen het levensbeëindigend handelen op verzoek wordt geregeld, een problematiek die in feite al geregeld is door de jurisprudentie. Alhoewel PvdA en VVD positief zijn over het meerderheidstandpunt van de Staatscommissie Euthanasie wijzen zij – de VVD wat eerder dan de PvdA – de voorstellen omtrent een regeling betreffende de levensbeëindiging van comapatiënten af.

Het CDA en de kleine christelijke partijen formuleren tegenargumenten. Het CDA uit zijn bezorgdheid over de negatieve tendensen van de individualisering en over de aantasting van waarden, zoals de eerbied, aan het leven verschuldigd. Voor het CDA kan vrijwilligheid niet gelden als voldoende grond voor het beperken van grondrechten. In dit verband rijst bij hen de vraag of ooit voldoende kan worden vastgesteld of de wilsvorming van de betrokkene vrij, zonder dwang is geweest. Het CDA vreest daarnaast voor normverschuiving. Het wijst erop dat euthanasie verricht door een arts, weliswaar handelingen van een medicus betreft, maar dat dit handelen zeer beslist niet hetzelfde is als medisch handelen. Het CDA vraagt zich af of de overheidsplicht tot effectieve bescherming van het recht op leven nog wel nagekomen kan worden, als men de hier aangegeven weg inslaat. Het vraagt zich bovendien af of het zelfbeschikkingsrecht over het eigen levenseinde geen *contradictio in terminis* is. Het CDA constateert dat Wessel-Tuinstra een geclausuleerd concept van zelfbeschikking hanteert en vat dat op als een teken “dat het argument van zelfbeschikking inboet aan overtuigingskracht”.

Ook de kleine christelijke partijen, die vrezen voor de beschadiging van de bescherming van het leven, hebben bezwaren tegen het zelfbeschikkingsrecht en de onzorgvuldige - want pragmatische en beginselloze - benadering in het initiatiefvoorstel. De partijen kunnen zich vrij goed vinden in de benadering van de problematiek van het levensbeëindigend handelen, zoals die wordt aangetroffen in de minderheidsnota van de Staatscommissie Euthanasie. De kleine christelijke partijen wijzen bovendien op het risico van een internationaal isolement wanneer euthanasie gelegaliseerd zou worden.

Uit het vervolg van de voorbehandeling van het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra wordt duidelijk dat partijen als de PvdA, D66 en PPR beginnen aan te dringen op voortvarendheid. De VVD ziet graag een aantal wijzigingen in het initiatiefwetsvoorstel aangebracht, met name wat betreft de zorgvuldigheidseisen. Op dit punt is het voorstel van de Staatscommissie Euthanasie consistenter en doordachter, meent de VVD.[184] Wessel-Tuinstra

---

181 *Handelingen Tweede Kamer* 1985-1986: 572-573.

182 Voorlopig Verslag 20 maart 1985 (*Handelingen Tweede Kamer 1984-1985, Bijlagen,* 18 331, nr. 6; Memorie van Antwoord (*Handelingen Tweede Kamer 1984-1985, Bijlagen*, 18 331, nr. 7); Eindverslag (*Handelingen Tweede Kamer 1984-1985, Bijlagen,* 18 331, nr. 8).

183 De partij heeft dit jaar de apostrof uit haar naam verwijderd.

184 Dit is slechts een summiere weergave van de verslagen. Ook over andere punten is uitgebreid gesproken zoals over de ruimte die het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) al dan niet biedt; over zorgvuldigheidseisen zoals het ingetreden zijn van de stervensfase en over de zinvolheid van het onderscheid tussen diverse vormen van ‘euthanasie’.

zal op deze hint ingaan door middel van het overnemen van de term ‘uitzichtloze noodtoestand’ als beschrijving van het lijden. Het opnemen van een bepaling waarin omschreven staat wat niet onder ‘euthanasie’ moet worden verstaan, wijst ze van de hand. De procedure die de staatscommissie voorstelt ten aanzien van de Wet op de Lijkbezorging, vindt zij te ingewikkeld. In plaats daarvan introduceert zij middels de nota van wijziging een formulier dat, in geval van euthanasie, door de geneeskundige aan de gemeentelijk lijkschouwer dient te worden gezonden. De lijkschouwer geleidt dit formulier op zijn beurt naar de officier van justitie.[185]

Op 19 december beraden de vaste kamercommissies voor Justitie en voor Volksgezondheid zich op de wijze waarop voortgegaan dient te worden met het wetsontwerp van Wessel-Tuinstra. Borgman van het CDA wil het wetsontwerp opnieuw aan de Raad van State voorleggen. Hij acht een dergelijk advies zinvol omdat Wessel-Tuinstra haar wetsontwerp gewijzigd heeft en omdat sedert het voorafgaande advies van de Raad van State, het rapport van de Staatscommissie Euthanasie verschenen is. De kamercommissie voor Justitie ondersteunt het voorstel van Borgman, de kamercommissie voor Volksgezondheid wijst het echter af. Het ordevoorstel wordt vervolgens voorgelegd aan de Tweede Kamer. VVD, PvdA en D66 vinden een nieuw advies van de Raad van State overbodig. Het ordevoorstel wordt verworpen[186] met als consequentie dat de commissies voort zullen gaan met hun voorbereidende werkzaamheden.

TER AFSLUITING

De jaren 1984 en 1985 zijn de cruciale jaren in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie in Nederland en wel op vier punten: het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra; de standpuntbepaling van de KNMG; de uitspraak van de Hoge Raad en het rapport van de Staatscommissie Euthanasie.

Wessel-Tuinstra heeft met haar voorstel tot legalisering van euthanasie het thema definitief op de politieke agenda geplaatst. Het voorstel zal daar - ondanks dat het schijnbaar van het begin af aan op een parlementaire meerderheid kan rekenen - bijna twintig jaar op blijven staan. Het voorstel van Wessel-Tuinstra weerspiegelt de geclausuleerde opvatting van zelfbeschikking die door vele voorstanders van euthanasie in Nederland gehanteerd wordt. Rechtspolitiek gesproken beroept Wessel-Tuinstra zich op het beginsel dat de overheid ruimte moet bieden voor zelfbepaling binnen bepaalde grenzen. De structuur die Wessel-Tuinstra heeft gekozen, kent als zwakke plek dat wanneer aan één van de zorgvuldigheidseisen niet is voldaan, de strafwaardigheid niet is opgeheven. Dit knelt met name bij procedurele vereisten als verslaglegging en consultatie.

De KNMG heeft met haar uitspraak dat de medische professie als collectiviteit de plicht heeft een maatschappelijk aanvaardbare regeling van het euthanasievraagtsuk mogelijk te maken de weg vrijgemaakt voor rechtsverandering. De medische stand die alom veel waardering ondervindt en waarin de meeste Nederlanders veel vertrouwen stellen is hiermee een actor van formaat geworden in het proces van rechtsverandering. Opvallend is dat de KNMG feitelijk niets nieuws ingebracht heeft in het proces. Ze heeft slechts de vereisten die elders geformuleerd waren, overgenomen. De betekenis daarvan kan echter nauwelijks overschat worden. De rol die de KNMG in het proces van rechtsverandering met betrekking tot

185 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen*, 18 331, nr. 9; 10 en 11.
186 CDA, SGP, RPF en GPV en Wagenaar stemmen voor (*Handelingen Tweede Kamer 1985-1986*: 2515).

euthanasie inneemt is een wezenlijk andere dan in dat met betrekking tot abortus. Toen had men het gevoel wat achter de feiten aan te lopen, nu is men veel vroeger op de rijdende trein gesprongen. En, zo blijkt uit het volgende hoofdstuk, gaat men voortaan proberen mede richting te geven aan de loop van het proces.

Bij de KNMG komt vanzelfsprekend ook het thema van het controle-regime aan de orde. Het al eerder geopperde idee dat er deskundigheid voor collegiaal consult ontwikkeld moet worden, komt opnieuw naar voren in de vorm van het voorstel van het creeëren van onafhankelijke toetsingscommissies. En ook het oude idee om op de verklaring van overlijden de mogelijkheid ‘toepassing van euthanasie’ te vermelden wordt door de KNMG naar voren gebracht.

De Hoge Raad heeft in het Schoonheim-arrest een juridische uitweg uit het probleem gewezen. Alhoewel veel strafjuristen niet vinden dat het arrest de schoonheidsprijs verdient, valt met de strafuitsluitingsgrond van noodtoestand in de praktijk goed te werken. De leden van de Hoge Raad hebben waarschijnlijk het standpunt van de KNMG afgewacht. En de inhoud van dat standpunt heeft het hen gemakkelijker gemaakt om zo veel vertrouwen te baseren op medische ethiek en medische kennis.

De Staatscommissie Euthanasie ten slotte heeft misschien wel voor de grootste verrassing gezorgd. Het belang van dit rapport kan ook al niet overschat worden. Op de eerste plaats maken de hoorzittingen duidelijk dat er consensus bestaat omtrent welke levensbekortende handelingen controversieel zijn en welke niet. Op de tweede plaats schept de Staatscommissie door te kiezen voor een heldere definitie duidelijkheid waar het wat betreft het proces van rechtsverandering om draait: een verandering van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht. Op de derde plaats stelt nu een gezaghebbend orgaan in meerderheid dat wetsverandering noodzakelijk is.

De Staatscommissie heeft het in haar werkzaamheden duidelijk moeilijk gehad. De leden Klijn en Nieboer zijn uiteindelijk met een apart standpunt naar voren gekomen. Daarmee is de tegenstelling die ook elders in Nederland aanwijsbaar is, in het rapport zichtbaar. Tevens weerspiegelt het feit dat het een minderheidsrapport is de verdeling in het land. Opvallend is dat Klijn en Nieboer er, ondanks hun achtergrond, alles aan doen om hun standpunt niet te baseren op geloof, bijbel of kerkelijke autoriteit maar juist op uitgangspunten die in principe door gelovigen en niet-gelovigen gedeeld kunnen worden.

Een van de mogelijke juridische uitwegen lijkt afgesloten te zijn: het beroep op het ontbreken van de materiële wederrechtelijk. Maar minstens drie wegen voor de legalisering van euthanasie liggen open: legalisering middels wetswijziging zoals Wessel-Tuinstra en de meerderheid van de Staatscommissie Euthanasie voorstaan, de erkenning van het beroep op overmacht in de vorm van noodtoestand zoals na het arrest van de Hoge Raad gebeurd is in de zaak Admiraal en de medische exceptie die met name door Enschedé verdedigd wordt en door Leenen bestreden.

7 Een voorlopige afronding (1986-1989)

Met het wetsvoorstel van Wessel-Tuinstra, het arrest van de Hoge Raad in de zaak Schoonheim en het rapport van de Staatscommissie Euthanasie is er flinke politieke druk ontstaan om euthanasie wettelijk te legaliseren. Die druk is tweeërlei. Op de eerste plaats wordt vol spanning gewacht op het antwoord van het eerste kabinet Lubbers (CDA-VVD) op het rapport van de Staatscommissie. Op de tweede plaats wordt steeds meer aangedrongen op het duidelijk maken van vervolgingsrichtlijnen inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding. Na de verkiezingen van 1986 besluit de regering met een nieuw wetsvoorstel te komen. Daardoor wordt het duidelijk dat het vraagstuk 'euthanasie' politiek gesproken nog een lange weg heeft te gaan. Arresten van de Hoge Raad in 1987 daarentegen ronden een paar losse eindjes ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen af.

In het onderstaande wordt in de eerste paragraaf aandacht besteed aan de reactie van het kabinet op het rapport van de Staatscommissie en de daaropvolgende politieke ontwikkelingen in 1986. In de tweede paragraaf staan nogmaals de medische exceptie, de overlijdensverklaring en het idee van zelfbeschikking bij euthanasie centraal. In de derde paragraaf wordt de ontwikkeling in de rechtszaken opnieuw onder de loep genomen. Het betreft hier de afronding van de zaak Schoonheim, het tweede arrest van de Hoge Raad (in de zaak Pols), de dubbele berechting van de huisarts W. en 'De Terp'-zaak. In de vierde paragraaf wordt ingegaan op de positie van verpleegkundigen en met name op twee zaken waar verpleegkundigen terechtstaan. In de vijfde paragraaf wordt aandacht besteed aan nieuwe informatie over de praktijk van euthanasie. Daarna wordt de draad van de politieke gebeurtenissen weer opgenomen. Het nieuwe regeringsvoorstel en de adviezen en reacties die daarop gegeven worden, zijn het onderwerp van de zesde paragraaf. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de beschrijving van de afronding van drie rechtszaken door de Hoge Raad.

7.1 De reactie van het kabinet, en het vervolg van het politieke debat

Op 20 januari 1986 sturen de ministers van Justitie en van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een brief aan de Tweede Kamer waarin zij reageren op het rapport van de Staatscommissie Euthanasie. Uit die brief blijkt dat het kabinet van oordeel is dat er zwaarwegende argumenten zijn - ze noemen de vraag om rechtszekerheid en de maatschappelijke onrust - om tot nadere wetgeving te komen, maar dat er ook argumenten zijn die tot voorzichtigheid manen. In hun optiek is de rechtspraak en de maatschappelijke discussie nog niet voldoende uitgekristalliseerd.

> Alles afwegend meent het kabinet dat de nadelen, verbonden aan wetgeving nu, zwaarder lijken te zijn dan de voordelen. Het kabinet staat er echter voor open deze afweging uiteindelijk te zamen met de volksvertegenwoordiging te doen. Indien het alles afwegend, toch gewenst zou worden geacht tot wetgeving te

> komen, dan meent het kabinet dat zulks zou moeten gebeuren aan de hand van bijgaande “Proeve van een voorstel van wet met toelichting”.[1]

In de ‘Proeve’ stelt het kabinet voor artikel 293 en 294 te wijzigen op een manier die grote overeenkomst vertoont met het voorstel van de Staatscommissie Euthanasie[2], zij het dat het kabinet niet spreekt van een ‘rechtvaardigingsgrond’ maar van een ‘schulduitsluitingsgrond’[3] en dat de zorgvuldigheidseisen worden aangescherpt. Zo meent het kabinet dat er sprake moet zijn van een “concrete doodsverwachting” en dat de patiënt in een zodanige situatie dient te verkeren dat een geneeskundige behandeling geen enkel redelijk doel meer dient. Verder stelt het kabinet als eis dat de arts schriftelijk verslaglegt en dat hij de familie een belangrijke rol bij de beslissing gunt. In de optiek van de regering moeten de wettelijke vertegenwoordigers instemmen indien er sprake is van minderjarigen.[4] Het kabinet voegt een artikel toe waarin gesteld wordt dat niemand verplicht kan worden tot medewerking aan euthanasie (artikel 293 bis). Op een aantal punten volgt het kabinet de Staatscommissie Euthanasie niet: het voorgestelde artikel 292 bis (waarin levensbeëindiging van patiënten in coma wordt aanvaard) wordt niet overgenomen en evenmin de bepaling dat de arts vantevoren een door de minister van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur aangestelde arts moet hebben geraadpleegd, wil hij in aanmerking komen voor strafuitsluiting.[5]

Begin februari wordt de zaak van de euthanasie - ondanks bezweringen van alle politieke gezindten dat niet te doen - inzet van de verkiezingsstrijd. Minister-president Lubbers roept dan - als lijstaanvoerder van het CDA - de VVD op geen steun te verlenen aan het euthanasievoorstel van D66. De VVD slaat volgens Lubbers met deze steun een heilloze weg in. Hij meent dat het land bij de aanvaarding van het voorstel “een historische vergissing begaat”.[6] Ook de VVD-er Wiegel uit als zijn mening dat de partij voorlopig dient af te zien van steun voor euthanasiewetgeving.[7]

---

1 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen*, 19 359, nr. 2: 2.

2 Inclusief een bepaling waarin omschreven wordt wat niet onder ‘euthanasie’ verstaan moet worden (de zogenaamde ‘negatieve begripsomschrijving’).

3 Grofweg gezegd sluiten rechtvaardigingsgronden de strafbaarheid van het feit uit en de schulduitsluitingsgronden die van de dader (Remmelink 1995: 265).

4 In artikel 293 ter wordt het niet voldoen aan de eis van schriftelijke verslaglegging en overleg met de familie apart strafbaar gesteld met een geldboete van de derde categorie. De Staatscommissie heeft wel gedelibereerd over de positie van minderjarigen, maar uiteindelijk daarover geen bepaling opgenomen. De regering meent echter, in navolging van de Raad van State - die op dat manco in het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra wees - dat een dergelijke bepaling niet mag ontbreken. Uit de reacties in de media blijkt dat sommigen menen dat het ondoordacht en prematuur is om nu al deze kwestie te willen regelen (Wolters 1986: 564-565; Rasker 1986: 1324). Anderen daarentegen bepleiten het creëren van de mogelijkheid daartoe (Houben 1986: 1249), of minstens het grondig beschrijven en bediscussiëren van dit onderwerp in overeenstemming met al bestaande bepalingen omtrent zeggenschap voor jeugdigen (Doek 1986).

5 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen,* 19359, nr. 2: 4.

6 Lubbers wil de VVD echter niet van zich vervreemden. Hij vraagt daarom aan het CDA om ten aanzien van het vraagstuk van de euthanasie verder te mogen gaan dan het CDA eigenlijk – gezien zijn verkiezingsprogramma - wil. In het verkiezingsprogramma van het CDA staat dat de partij van mening is dat het bewust toedienen van een middel om de dood te laten intreden strafbaar moet blijven en dat de controle op het waarheidsgetrouw invullen van overlijdensverklaringen moet worden geïntensiveerd. De VVD stelt in haar programma dat de wetgever zich dient uit te spreken over de verantwoorde omstandigheden waaronder op basis van zorgvuldig geformuleerde uitgangspunten hulp bij levensbeëindiging is toegelaten. In de overige verkiezingsprogramma’s staan ook geen verrassingen wat betreft euthanasie: GPV, RPF en SGP wijzen euthanasie en de legalisering ervan af en CPN, D66, EVP, PPR, PSP en PvdA pleiten voor wetswijziging.

7 *NRC-Handelsblad* 3 februari 1986.

Op 6 februari licht Wessel-Tuinstra de wijzigingen toe die ze in haar voorstel heeft aangebracht naar aanleiding van het rapport van de Staatscommissie Euthanasie. De belangrijkste daarvan is dat zij nu een duidelijke scheiding maakt tussen inhoudelijke zorgvuldigheidseisen – de eisen die te maken hebben met het verzoek, het lijden en het levensbeëindigend handelen *an sich* - en de procedurele eisen, die vooral betrekking hebben op de verantwoording die de arts moet afleggen teneinde zijn handelen controleerbaar te maken. Ze laat weten dat ze er niet voor voelt om conform het voorstel van de Staatscommissie, een artikel op te nemen waarin omschreven staat wat niet onder 'euthanasie' verstaan wordt.[8]

Op het wetsvoorstel van Wessel-Tuinstra worden twaalf amendementen ingediend, waarvan acht van de hand van het VVD-Tweede-Kamerlid Dees. Het lijkt erop dat Dees hiermee een brug probeert te slaan tussen het initiatiefvoorstel en de 'Proeve'.[9] Vervolgens vindt op 17 februari, in aanwezigheid van de ministers Korthals Altes van Justitie en Brinkman van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een vergadering plaats van de vaste commissies voor Justitie en Volksgezondheid. In deze bijeenkomst zijn het initiatiefvoorstel en de brief van het kabinet van 20 januari onderwerp van debat.[10]

De PvdA blijkt zich - bij monde van Haas-Berger - te kunnen vinden in het voorstel van Wessel-Tuinstra. Andere uitgesproken voorstanders van het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra zijn D66 en de kleine linkse partijen. D66 - de woordvoerder is Groenman - pleit voor wetgeving op korte termijn. Aan de 'Proeve' kleven volgens haar veel bezwaren, waaronder een gebrek aan consistentie en het openen van de mogelijkheid van 'onvrijwillige euthanasie'. Brouwer van de CPN benadrukt dat wetgeving ten aanzien van euthanasie geen onderwerp van verkiezingsstrijd mag worden. Zij verwijt minister-president Lubbers dat hij euthanasie op het CDA-congres tot het hoofdthema van zijn speech heeft gemaakt, maar vindt het eveneens onjuist dat sommige partijen druk uitoefenen om het onderwerp vóór de verkiezingen af te handelen. Namens de PPR stelt Beckers-de Bruijn dat de wet gewijzigd moet worden en wel via een rechtvaardigingsgrond. Ook de PSP verkiest - bij monde van Van Es - het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra boven de 'Proeve'.

Drie partijen nemen een tussenpositie in. De woordvoerder van de EVP - Veen-Ubbels - weet nog niet of zij het voorstel Wessel-Tuinstra zal steunen maar is er wel van overtuigd dat voor bepaalde zeer schrijnende gevallen regelgeving moet komen. De partijloze Scholten meent dat onder zeer strikte omstandigheden de overheid de beslissing van de betrokkene dient te respecteren. Hij spreekt zich niet uit voor een van de wetsvoorstellen. Dees laat weten dat de VVD kiest voor wetgeving en wel in grote lijnen voor het initiatiefwetsvoorstel. Hij wijst een aantal van de beperkende voorwaarden van de 'Proeve' af. Hij noemt daarbij de terminale fase (in de vorm van de 'concrete doodsverwachting') en vermeldt dat hij liever een rechtvaardigingsgrond ziet dan een schulduitsluitingsgrond. Zoals gezegd probeert hij middels amendementen een brug te slaan tussen beide voorstellen.

---

8 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Aanhangsel*, 18 331, nr. 12 en 13.

9 In deze amendementen stelt hij in dezelfde termen als de 'Proeve' euthanasie en hulp bij zelfdoding op een lijn. Andere voorbeelden van het aansluiten bij de 'Proeve' is de eis dat de consulterend arts niet in enig samenwerkings- of familieverband tot de behandelend arts staat, een bepaling ten aanzien van minderjarigen, een bepaling ten aanzien van het bewaren van het 'journaal', en een artikel waarin beschreven wordt wat niet onder 'euthanasie' verstaan moet worden. Andere kwesties die in dit verband van belang zijn betreffen onder andere duidelijkheid over de arts als uitvoerder van euthanasie, de voorlichting aan de patiënt, en de status van de euthanasieverklaring (*Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen,* 18 331, nr 21 tot en met 28).

10 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, UCV*, 50, 17 februari 1986.

Het CDA en de kleine christelijke partijen spreken zich uit tegen het initiatiefvoorstel. Het CDA - woordvoerder is Borgman - wil liever eerst een principiële discussie voeren over het al dan niet bestaan van de noodzaak van wetswijziging. De partij steunt de regering in de veronderstelling dat de nadelen op dit moment groter zijn dan de voordelen.[11] Mocht de Kamer toch tot wetswijziging willen besluiten, dan wil het CDA het debat aangaan op basis van de 'Proeve'. Op een vraag daarover maakt Borgman duidelijk dat hij niet zonder meer het standpunt van de 'Proeve' deelt. De kleine christelijke partijen spreken zich uit voor het handhaven van bestaande wetsregels en voor toezicht op naleving daarvan door het Openbaar Ministerie en in de rechtspraak. Zij hebben vooral waardering voor het minderheidsrapport van de Staatscommissie Euthanasie.

Er is dus feitelijk geen regeringspartij die zich vierkant acht de 'Proeve' opstelt. Voor het CDA gaat het voorstel te ver, voor de VVD niet ver genoeg.

Maatschappelijke reacties

Het debat over legalisering wordt in 1986 ingeluid door de hoogleraar criminologie Dessaur. Voor het eerst en voor het laatst wordt het debat in de media op een sterk polariserende toon gevoerd. Dessaur schrijft in december 1985 een artikel waarin zij stelt dat de mentaliteit die schuil gaat achter de voorstellen om euthanasie te legaliseren vergelijkbaar is met de geest van het nationaal-socialisme.[12] Naar aanleiding van de vele reacties die zij op haar artikel en de daaruit volgende optredens op de televisie ontvangt, verschijnt er een boekje van haar en de criminoloog Rutenfrans.[13] Dessaur en Rutenfrans betwijfelen of er nog wel sprake is van ondraaglijk en zinloos lijden, of mensen die ernstig ziek zijn wel in staat zijn tot een vrijwillig en weloverwogen verzoek om levensbeëindiging. In hun optiek moet niet de wet aangepast worden aan de praktijk, maar moet er strenger opgetreden worden tegen levensbeëindigend handelen.

Zoals gezegd roepen de publicaties en optredens van Dessaur veel reacties op. In deze reacties wordt expliciet gereageerd op woordgebruik in de discussie. Velen hebben bezwaar tegen het gebruik van de uitdrukking 'euthanasiast' door Dessaur en Rutenfrans.[14] Ook het gebruik van het woord 'pro-life artsen' - onder ander gebezigd door staatssecretaris Van der Reijden van Volksgezondheid - ontmoet kritiek. Derksen, voorzitter van de KNMG, meent dat de introductie van deze terminologie op zijn minst suggereert dat er ook 'niet-pro-life artsen' zouden bestaan, artsen die voorstanders zijn van medische ingrepen gericht op beëindiging van menselijk leven. Verder meent hij dat de term schadelijke angsten oproept.[15] Anderen – zoals het NAV - daarentegen verdedigen de term en menen dat de KNMG de belangen van artsen die zich tegen euthanasie verzetten onvoldoende verdedigen.[16]

---

[11] Borgman toont zich bezorgd over de mogelijke Nederlandse *Einzelgang* in Europa (*Handelingen Tweede Kamer, UCV ,* 50, 17 februari: 17). Hij verwijst daarbij naar het verslag van het zevende wereldcongres voor medisch recht te Gent. Bij dat congres sprak de gezondheidsjurist Van Wijmen over de ontwikkelingen ten aanzien van euthanasie in Nederland. De discussie daarover liep hoog op. Een van de aanwezigen vroeg om, door middel van opstaan en zitten blijven, een indicatie te geven van de meningen omtrent het Nederlandse standpunt. Alleen een handjevol Nederlanders en twee anderen stonden op (Kleemans 1986: 40).

[12] Dessaur 1985.

[13] Dessaur en Rutenfrans 1986.

[14] Dit is onder andere te vinden bij Van Es die van mening is dat het gesprek over euthanasie dient te geschieden zonder elkaar te verketteren (Van Es 1986 Euthanasie als realiteit).

[15] Derksen 1986.

[16] Gunning 1986: 845.

In de reacties op het regeringsvoorstel blijkt opnieuw dat niet alleen bij tegenstanders van euthanasie maar ook bij voorstanders, de meningen over legalisering verdeeld zijn. De KNMG dringt aan op legalisering maar toont zich teleurgesteld in het voorstel; de arts Spreeuwenberg en de juristen Van Veen en Schalken vinden het, op verschillende gronden, nog te vroeg voor wetswijziging. De strafrechtgeleerde Jörg meent daarentegen dat een ander type wetswijziging gewenst is.

Om met Jörg te beginnen: hij bepleit het omdraaien van de bewijstlast dat er een onrechtmatigheid heeft plaatsgevonden. Laat het Openbaar Ministerie aantonen dat niet van een noodtoestand kan worden gesproken of dat de medische standaard is verlaten. Voor- en tegenstanders van liberalisering van euthanasie kunnen zijns inziens tevreden worden gesteld door enerzijds het wettelijk verbod op euthanasie volledig te handhaven maar door aan de delictsomschrijving het woord ‘wederrechtelijk’ toe te voegen. Niemand zal tegen de bepaling kunnen opwerpen dat het leven niet meer wordt beschermd. Maar het Openbaar Ministerie zal wel in elke zaak concreet ten laste moeten leggen waaruit de wederrechtelijkheid heeft bestaan. Mocht het bewijs daarvan niet lukken, dan vindt vrijspraak plaats, en ook dat valt, volgens Jörg, te preferen boven ontslag van rechtsvervolging.[17]

Het hoofdbestuur van de KNMG reageert op de ‘Proeve’ met een brief aan regering en Tweede Kamer. Het hoofdbestuur meent dat de samenleving toe is aan nieuwe wetgeving inzake euthanasie. De huidige discrepantie tussen wetgeving en praktijk maakt euthanasie oncontroleerbaar en goede wetgeving is nodig om het hellend vlak te voorkomen. Het hoofdbestuur spreekt zich uit voor het in de wet vastleggen van een rechtvaardigingsgrond.[18] Daarbij meent het hoofdbestuur dat het regeringsvoorstel niet voldoende aansluit bij de praktijk. Zo wijst het hoofdbestuur de terminale fase als voorwaarde af, omdat het bepalen van het intreden ervan heel moeilijk is. De KNMG meent tevens dat het criterium ‘stervensfase’ arts en patiënt ontslaat van de opdracht echt tot het uiterste te zoeken naar behandelalternatieven om het lijden draaglijk te maken. Een ander criterium in de ‘Proeve’ – “het geneeskundig handelen mag geen enkel redelijk doel voor de patiënt dienen” - acht het hoofdbestuur eveneens onhanteerbaar. Van pijnbestrijding bijvoorbeeld kan niet gezegd worden dat het voor de patiënt geen enkel redelijk doel dient.[19]

Van Berkestijn, secretaris-generaal van de KNMG, meent dat met de medische criteria die de ‘Proeve’ tracht in te voeren het hek van de dam is:

> Enerzijds verschaft het de arts die tegen euthanasie is een instrument om zijn visie aan de patiënt op te leggen door te stellen dat de stervensfase naar zijn oordeel nog niet is ingetreden… Anderzijds verschaft het de arts die ruimer denkt over euthanasie… een te gemakkelijk instrument om niet te wachten tot het lijden werkelijk ondraaglijk wordt.[20]

Spreeuwenberg daarentegen, een van de opstellers van de KNMG-standpuntbepaling, denkt dat de meningen nog niet uitgekristalliseerd zijn en dat ook nieuwe wetgeving niet

---

17 Jörg 1986: 7. Hij is van mening dat zowel in het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra als in de ‘Proeve’ enerzijds te veel wordt geregeld - “formidabele gedetailleerdheid” - en anderzijds te weinig, namelijk de positie van apothekers en verpleegkundigen.

18 KNMG 1986 Brief over euthanasie: 208.

19 KNMG 1986 Brief over euthanasie: 208-209. Het hoofdbestuur spreekt zich verder uit tegen de ‘negatieve begripsbepaling’.

20 Van Berkestijn 1986: 293.

uitputtend kan zijn.[21] Hij vreest dat het in de wet opnemen van criteria waaronder levensbeëindigend handelen óf gerechtvaardigd is óf tot schulduitsluiting van de dader leidt, het uitzonderlijke - "het kwade" - karakter van dit soort handelen zal wegnemen.[22] De strafjurist Van Veen meent dat "een zo geschakeerde werkelijkheid als die waarvoor wij mede door de levensverlengende medische technieken zijn gesteld, zich beter door een rechter in kaart laat brengen dan door de wetgever."[23]

De advocaat-generaal Schalken pleit voor een rustpauze - een periode van vijf jaar lijkt hem redelijk - voor nadere bezinning. In die tussentijd zou onderzoek gedaan kunnen worden waarbij een van de vragen zou kunnen zijn in hoeverre rechtshandhaving bij gewijzigde normstelling effectief kan zijn.[24]

De KNMG dringt er met klem op aan het beleid van het Openbaar Ministerie te bestendigen conform de beleidslijnen zoals die in de jurisprudentie zijn ontwikkeld. Men vreest bij gedeeltelijke herroeping een toename van de rechtsonzekerheid bij artsen en patiënten. Deze onzekerheid zal op haar beurt leiden tot ongewenste ontwikkelingen, zo meent het hoofdbestuur. Enerzijds zullen artsen euthanasie niet melden, waardoor de controleerbaarheid en toetsbaarheid van euthanasie in gevaar komen. Anderzijds zullen zij menen niet meer aan een verantwoorde vraag om euthanasie tegemoet te kunnen komen.[25]

---

[21] Spreeuwenberg 1986 *Metamedica*: 102. Ook zo Meijler en Schalken (Meijler 1986: 501; Schalken 1986: 661).

[22] Spreeuwenberg pleit voor wijziging van de verklaring van overlijden. Hij vindt het vanuit moreel opzicht onwenselijk, dat artsen op grote schaal onjuiste verklaringen invullen en dat zo handelingen - met zulke verstrekkende gevolgen - die met de strafwet op gespannen voet staan, ongecontroleerd kunnen worden uitgevoerd.

[23] Van Veen 1986: 876. Indien er toch tot wetgeving overgegaan moet worden, acht hij het mogelijk tot een type regeling te komen zoals ook ten aanzien van abortus is ontwikkeld: een relatie leggen tussen het Wetboek van Strafrecht en een wet die het desbetreffende handelen regelt. Ook Sutorius is niet enthousiast over de voorgestelde wetswijzigingen. Zijn voorkeur gaat uit naar een gedeeltelijke vastlegging van de medisch-professionele standaard in een "medisch statuut" (Sutorius 1986 Abortus en euthanasie 423). Ook Van Till meent dat voorlopig niet moet worden overgegaan tot wetswijziging. Zij wenst een actief strafrechtbeleid gebaseerd op de seponeringsvoorwaarden van de laatste jaren (H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, 'Geen euthanasiewet zonder grondbeginsel', *NRC-Handelsblad* 12 februari 1986). Van Till spreekt in deze brief haar voorkeur uit voor de 'Proeve' boven het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra. In de 'Proeve' komt in haar optiek het principe dat de overheid de plicht heeft het respect voor menselijk leven te ondersteunen, tot zijn recht.

[24] Schalken 1986: 661-667. In zijn ogen is niet de reële mate van rechtsonzekerheid het probleem voor artsen maar "het ontbreken van een op schrift gestelde en geautoriseerde catalogus van veroorlovende criteria". Door het ontbreken van een dergelijke catalogus wordt onvoldoende zekerheid geboden aan de beroepsgroep van medici, die niet gewend zijn hun onzekerheden aan iets anders te ontlenen dan aan hun vak. Datgene wat artsen willen - een onwrikbare garantie dat bepaalde gevallen niet vervolgd zullen worden - valt ook niet onder nieuwe wetgeving te geven. Schalken meent dat het erop neerkomt dat medici zich niet graag verantwoordelijk stellen voor hun verrichtingen en deze bij voorkeur aan openbare controle onttrekken. Hij denkt dat het Openbaar Ministerie een slagvaardiger procedure zou kunnen instellen, waarbij sommige beslissingen door de officier van justitie genomen worden en waarbij meer uniforme bekendheid gegeven wordt aan interne afspraken en richtlijnen (Schalken 1986: 665).
Meijler pleit voor een controlesysteem met daarin de mogelijkheid tot educatie en om inzicht te krijgen bij welke patiënten en in welke regio's euthanasie het vaakst wordt toegepast (Meijler 1986: 502-503).

[25] KNMG 1986 Brief over euthanasie: 209. Ook andere KNMG-bronnen ventileren deze mening. Zo pleit Van Es voor het publiceren van de richtlijnen voor het seponeren van euthanasiemeldingen (Van Es 1986 Nogmaals euthanasie: 287) en vreest Vroom-Kastelein voor onbekende effecten op het vervolgingsbeleid (Vroom-Kastelein *Metamedica* 1986: 85). Enkele artsen tekenen protest aan tegen het in de media innemen van een dergelijk politiek standpunt door het hoofdbestuur (Visscher 1986: 389; Meijler 1986: 502).

VERDERE POLITIEKE ONTWIKKELINGEN

Het politieke debat over euthanasie wordt in februari deels buiten het parlement gevoerd. Er is overleg tussen de fractievoorzitter van de VVD - Nijpels - en minister-president Lubbers. Naar later bekend wordt heeft Lubbers de VVD-fractie te kennen gegeven dat het kabinet niet van zins is het benodigde contraseign aan het initiatiefvoorstel te geven. Dit standpunt maakt Lubbers op 27 februari publiek in het NOS-journaal.[26] Nijpels stelt als compromis voor de Raad van State advies te vragen over de 'Proeve' en het wetsvoorstel van Wessel-Tuinstra. Dit compromis betekent een uitstel van de parlementaire behandeling tot na de verkiezingen, omdat de VVD-fractie aangeeft zich in dit stadium te willen onthouden van een eindoordeel over het initiatiefvoorstel. Fractieleider De Vries van het CDA noemt het voorstel van Nijpels een constructieve bijdrage. De Vries laat op zijn beurt doorschemeren mee te willen werken aan een wettelijke regeling in de vorm van de 'Proeve'.[27] Het *NRC-Handelsblad* meldt dat de twee lijstrekkers hebben afgesproken nu en in de toekomst geen blokkades te zullen opwerpen: zij willen tot resultaten komen. Volgens de VVD is dat politieke winst, omdat de twee lijsttrekkers zich hebben gebonden de komende kabinetsperiode met een regeling voor euthanasie te komen. Volgens Lubbers kan deze passage uit het "verzoeningsvoorstel" niet betekenen dat euthanasie na de verkiezingen een vrije kwestie wordt. [28] CDA-ministers zullen niet automatisch hun handtekening zetten onder een D66-wet die gesteund wordt door de meerderheid en door het parlement aanvaard wordt.[29]

Op 3 en 10 maart vinden er nog twee uitgebreide commissievergaderingen plaats.[30] In zijn bijdrage aan de commissievergadering verdedigt de CDA-minister van Volksgezondheid Brinkman het criterium van de 'concrete doodsverwachting' onder andere door erop te wijzen dat het hek van de dam is indien men alleen zelfbeschikking als criterium hanteert. Brinkman toont zich verheugd dat er geluiden zijn die vragen om nadere bezinning en ondersteunt het voorstel dat het gewijzigde wetsvoorstel Wessel-Tuinstra voor advies voorgelegd wordt aan de Raad van State.

Verschillende kamerleden interrumperen en er ontspint zich een debat over de berichten in de media waarin kenbaar wordt gemaakt dat de regering het contraseign zal weigeren. Wessel-Tuinstra stelt dat het lijkt alsof de regering tornt aan het recht van initiatief van parlementariërs. Zij dringt er dan ook op aan door te gaan met de afhandeling van het wetsontwerp.[31] Als daarna de commissieleden weer aan het woord komen, spreekt men opnieuw over de verzoeningspoging van Nijpels. Dees verdedigt de poging van de VVD door erop te wijzen, dat op dit moment doorzetten een doodlopende weg is en de oplossing van het vraagstuk van de euthanasie niet naderbij brengt. De VVD-voorstellen hebben in ieder geval opgeleverd dat de minister-president spreekt van een inspanningsverplichting van zijn kant, zo meent Dees.[32]

---

26 *NRC-Handelsblad* 28 februari 1986.

27 *NRC-Handelsblad* 27 februari 1986.

28 Later zal blijken dat het voorstel vier punten bevat: de 'Proeve' aan de Raad van State voorleggen; opdeling van de stemming door nu alleen over de amendementen te stemmen en later over het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra; "zorgvuldig zien naar het oordeel van de Raad van State met behoud van ieders verantwoordelijkheid"; en uiterste inspanning om tot wetgeving te komen (*Handelingen Tweede Kamer 1985-1986*: 4036).

29 *NRC-Handelsblad* 28 februari 1986.

30 In de tussentijd worden nog eens acht amendementen ingediend.

31 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, UCV,* 53, 3 maart 1986: 8-38.

32 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986*, *UCV*, 53, 3 maart 1986: 54-59.

Op 4 maart kondigt de PvdA-fractieleider Den Uyl aan dat hij wil dat minister-president Lubbers zich persoonlijk in de Tweede Kamer komt verantwoorden voor zijn dreiging met een kabinetscrisis in de euthanasiekwestie.[33] Op 10 maart 1986 wordt het voorbereidend onderzoek met betrekking tot het wetsvoorstel in de commissievergadering voltooid.[34]

Op 12 maart 1986 bepreekt de Tweede Kamer het voorstel om op 20 maart aanstaande te stemmen over het nogmaals gewijzigde wetsvoorstel Wessel-Tuinstra.[35] Engwirda (D66) wil graag van de minister-president horen wat de houding van het kabinet ten aanzien van het voorstel zal zijn en of er inderdaad sprake is van een crisis. Hij meent dat in de voorafgaande weken het kabinet en de VVD-fractie een poging hebben gedaan om het initiatief-wetsvoorstel voor onbepaalde tijd van de agenda van de Tweede Kamer af te voeren. Engwirda onderstreept dat de Kamer voor een belangrijke beslissing staat:

> Komen wij op voor onze rechten - in dit geval het recht van initiatief - of staan wij toe dat die rechten op onaanvaardbare wijze worden uitgehold op grond van uitgesproken of vermeende, maar in ieder geval oneigenlijke machtswoorden van de kant van het kabinet (…) Als de Kamer nu wijkt voor een vage dreiging met een kabinetscrisis, staat zij daarmee toe dat het recht op initiatief ernstig wordt aangetast.[36]

Ook andere fracties menen dat het handelen van de regering het recht van initiatief van de Tweede Kamer ondermijnt. Een kwestie die hoog wordt opgenomen. Dees stelt vervolgens voor niet over te gaan tot stemming en advies te vragen aan de Raad van State. Hij meent dat nu Wessel-Tuinstra nogmaals haar voorstel gewijzigd heeft de bedoeling van de VVD - advisering door de Raad van State over een zo compleet mogelijk wetsvoorstel - tot zijn recht kan komen.

Minister-president Lubbers zet het regeringsstandpunt uiteen. Ten aanzien van het eerste punt van Nijpels - het voorleggen van de ‘Proeve’ als wetsontwerp aan de Raad van State - stelt Lubbers dat het duidelijk is dat de Kamer wetgeving wil en dat dus het advies gevraagd zal worden. Ten aanzien van het tweede punt van het akkoord van Nijpels – de opdeling van de stemming door nu alleen over de amendementen te stemmen en later over het wetsvoorstel van Wessel-Tuinstra - aarzelt Lubbers. Politiek gezien heeft hij er geen moeite mee, maar hij vraagt zich af of het wel correct is. Lubbers is het eens met Nijpels formulering van het derde punt: “zorgvuldig zien naar het oordeel van de Raad van State met behoud van ieders verantwoordelijkheid”. Lubbers beklemtoont de inspanningsverplichting: “linksom of rechtsom zullen wij er met elkaar moeten komen”. [37]

De bijdrage van de fractieleider van het CDA - De Vries - vormt voor Den Uyl aanleiding om hem te vragen of hij zich in hoofdlijnen kan verenigen met de ‘Proeve’. De Vries beantwoordt de vraag met te wijzen op de discrepantie tussen de ‘Proeve’ en de opvatting ten aanzien van euthanasie in het CDA-verkiezingsprogramma. Hij noemt de ‘Proeve’ wel een betere basis van discussie dan het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra.

Het voorstel van Dees - niet nu over te gaan tot stemming, maar eerst de Raad van State om advies te vragen over het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra en de amendementen - wordt

33 *NRC-Handelsblad* 5 maart 1986.
34 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986*, *UCV*, 55, 10 maart 1986.
35 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen,* 18 331, nr. 37 en 38.
36 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986*: 4019.
37 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986*: 4036.

aangenomen met de stemmen van de VVD, het CDA, de SGP, de RPF, het GPV en het lid Wagenaar.[38]

Een conflict in de NVVE

In maart mengt de voorzitter van de NVVE - Fretz - zich met een ingezonden brief in het *NRC-Handelsblad* in de discussie. Hij meent dat - de partijpolitieke redenen die tot uitstel hebben geleid buiten beschouwing latende - het uitstel niet in alle opzichten negatief hoeft te worden gewaardeerd. Dit uitstel zou integendeel wel eens een grotere mate van consensus tot gevolg kunnen hebben. Drammen bij een zwaarwichtig moreel vraagstuk als dat van euthanasie is wel het laatste waarmee de Nederlandse samenleving is gediend, aldus Fretz. Nu een meerderheid in Nederland voorstander is van euthanasie onder strikte voorwaarden en een meerderheid van de Tweede Kamer deze opvatting wil vertalen in een wet, is het een kwestie van fatsoen de euthanasie op de kortst mogelijk termijn met een wettelijk compromis te regelen. Hij doelt dan op een compromis dat zowel binnen een toekomstige CDA-VVD coalitie, als binnen een mogelijke PvdA-CDA coalitie haalbaar is, zodat de kabinetsformatie niet met het euthanasievraagstuk wordt belast.

Volgens Fretz is het cruciale verschil op dat moment gelegen in het criterium van de ‘uitzichtloze noodsituatie’ (initiatiefwetsvoorstel) versus dat van de ‘concrete doodsverwachting’ (de ‘Proeve’). Hij denkt dat dit verschil overbrugd kan worden als de voorstanders van het initiatiefwetsvoorstel bereid zijn in te zien dat het criterium van de ‘concrete doodsverwachting’ in een groot aantal gevallen beschouwd kan worden als een correctief op een mogelijk te ver gaande toekomstige interpretatie van de ‘uitzichtloze noodsituatie’. Van de andere kant dienen degenen die de ‘Proeve’ verdedigen zich bewust te zijn van de morele inconsistentie waartoe de ‘Proeve’ bij toepassing in een beperkt aantal gevallen kan leiden. Hij doelt hier op het gegeven dat het uitblijven van de dood soms de ondraaglijkheid van het lijden veroorzaakt. Fretz meent dat het verstandig is, om in afwachting van de adviezen van de Raad van State, de discussie over een wettelijke regeling van de euthanasie in partijpolitieke kringen voort te zetten en te streven naar het bereiken van een redelijk alternatief.[39]

Alhoewel Fretz dit op persoonlijke titel schrijft, is een aantal leden van de NVVE van mening dat een dergelijke openbare uitspraak van een voorzitter van hun eigen belangenorganisatie onaanvaardbaar is. Dit conflict leidt tot een crisis in de vereniging, die resulteert in het opstappen van de meerderheid van het bestuur.

De NVVE, bij monde van haar nieuwe bestuur, toont zich bezorgd over de ontwikkelingen. De vereniging vreest dat hulpvraag en hulpverlening weer in de illegaliteit zullen verdwijnen. En ze meent dat de huidige situatie de onbespreekbaarheid bestendigt en vergroot, waardoor artsen en patiënten in onzekerheid verkeren en onaanvaardbare risico’s lopen. De NVVE is van mening dat het verlenen van stervenshulp, ook in de meest actieve vorm, moet worden aangemerkt als medisch handelen en dat de arts buiten het bereik van de strafwet

---

[38] *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986*: 4049. Catsburg en De Boer stellen dat het percentage voorstanders voor het verlenen van euthanasie in de Tweede Kamer veel lager ligt dan in de publieke opinie. Met name de mening van veel katholieken (71% voor een wettelijke regeling van euthanasie) is niet zonder meer terug te vinden, gezien de terughoudendheid van het CDA (Catsburg en De Boer 1986: 237-253).

[39] L. Fretz, ‘Compromis tussen voorstel D66 en ‘Proeve’ mogelijk’, *NRC-Handelsblad* 8 maart 1986. Minister-president Lubbers zegt op 13 maart dat hij inderdaad denkt dat in uitzonderlijke gevallen euthanasie buiten de stervensfase mogelijk moet zijn. Maar voor deze uitzonderingen wil hij geen algemene bepaling in de wet opnemen (*NRC-Handelsblad* 14 maart 1986).

behoort te blijven. Hulpverlening beperken tot de terminale fase betekent dat verschillende categorieën van ernstig lijdende mensen verstoken blijven van dringend door hen gevraagde hulp.

Volgens de NVVE vormt de ontoetsbaarheid van verleende hulp, de onbespreekbaarheid van de hulpvraag en daarmee de reëele mogelijkheid van afglijden het belangrijkste knelpunt binnen de euthanasieproblematiek. Alleen door artsen te verleiden eerlijk te zijn, kan inzicht worden verkregen in aard en omvang van de problematiek, kan strikte vrijwilligheid worden bewaakt en kan het hellend vlak worden voorkomen. Indien de eerste jaren geen wetgeving tot stand komt en de minister van Justitie bezwaren blijft houden tegen het opstellen van openbare richtlijnen voor vervolgingsbeleid, kan de gesignaleerde problematiek wellicht tijdelijk worden opgevangen door het creëren van een informele overlegstructuur – waar informatie verkregen kan worden en de arts een ander arts kan consulteren - binnen het medische toezicht. Bij dit laatste denkt de NVVE onder andere aan 'vertrouwensartsen', gemeentelijk lijkschouwers en inspectie.[40]

De verkiezingen en een nieuw advies van de Raad van State

Na de verkiezingen in mei wordt binnen zeven weken een CDA-VVD-kabinet gevormd. Daarin is Korthals Altes opnieuw minister van Justitie en Brinkman van Volksgezondheid. In het regeerakkoord stellen beide partijen dat de bestaande verschillen ten aanzien van wetgeving over euthanasie nog niet kunnen worden overbrugd. Bovendien hebben ze nog geen kennis kunnen nemen van het advies van de Raad van State over het herziene wetsvoorstel Wessel-Tuinstra en de – eveneens licht gewijzigde - 'Proeve'. Tussen de fracties bestaat overeenstemming dat er een wijziging moet komen op de Wet op de Lijkbezorging, opdat naar waarheid aangifte wordt gedaan van euthanasie en meer inzicht wordt verkregen in de problematiek. Bovendien zijn zij het eens over een wettelijke verankering van die handelingen, die niet tot euthanasie worden gerekend en die onder controle staan van het medisch tuchtrecht. De twee fracties nemen zich voor de *status quo* in het vervolgingsbeleid te handhaven, zolang de besluitvorming over een eventuele wijziging in het Wetboek van Strafrecht niet is afgerond. Verder maken de fracties de afspraak dat zij geen actie zullen ondernemen, voordat de Raad van State advies heeft uitgebracht en voordat het kabinet, binnen een termijn van zes maanden na ontvangst van dat advies, een standpunt heeft bepaald. Wat betreft de periode na de ontvangst van het advies, komen de twee fracties een inspanningsverplichting overeen tot inhoudelijke overeenstemming.[41]

Zes deskundigen[42] op het gebied van de levensbeëindiging schrijven met het oog op het te sluiten regeerakkoord een brief aan de regering en het parlement die zij later in het boek *Euthanasie wetgeving: andere wegen* nader toelichten. De briefschrijvers menen dat noch het voorstel van D66, noch dat van de regering het euthanasievraagstuk oplost. In hun optiek staan de beide voorstellen haaks op de medische praktijk: euthanasie kan niet losgekoppeld worden van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Verder kunnen de voorstellen niet bijdragen aan de zorgvuldigheid inzake het geneeskundig handelen ten aanzien van euthanasie, doen ze de eis van verdraagzaamheid geweld aan en overschatten

---

[40] NVVE 1989.

[41] *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen,* 19 555, nr. 3: 25-26 (voorlopig akkoord). In het definitieve akkoord stelt men ten aanzien van het vervolgingsbeleid dat de desbetreffende bewindslieden zullen overleggen met de instellingen en organisaties in de medische wereld en dat in dat overleg de ontwikkelingen in de jurisprudentie periodiek worden geëvalueerd (*Nederlandse Staatscourant* 11 juli 1986, nr. 131: 7).

[42] Van Tol, Beemers, De Brauw, Enschedé, Frenkel en Spreeuwenberg.

ze de macht van de wet schromelijk. De auteurs menen dat zowel zorgvuldige omgang met het menselijk leven als ook de gewetensvrijheid, het beste kan worden gediend met wetgeving buiten het strafrecht. Op die wijze kunnen de bezwarende neveneffecten van strafrechtelijk ingrijpen worden vermeden en meer flexibel gereageerd worden op te verwachten ontwikkelingen op het gebied van medisch kennen en kunnen. Zij denken daarbij aan de ontwikkeling van een nieuw, slagvaardig stelsel van toezicht, overleg en discipline, tot stand gekomen in samenwerking met het Openbaar Ministerie, aan een ingrijpende herziening en modernisering van het medisch tuchtrecht, en aan verbetering en verbreding van de krachtens de Wet op de Lijkbezorging verzamelde informatie over de werkelijkheid van de medische praktijk van stervensbegeleiding.[43]

In de reacties op het regeerakkoord noemt de KNMG het betreurenswaardig dat het niet mogelijk is gebleken overeenstemming te bereiken over een goede en heldere euthanasie-wetgeving volgens de door haar genoemde criteria. De KNMG dringt, in afwachting van eventuele besluitvorming, met klem aan op een openbare vervolgingsrichtlijn. Zij noemt het verheugend dat in de definitieve versie van het regeerakkoord is opgenomen dat de verantwoordelijke ministers met de KNMG overleg zullen voeren over de zorgvuldigheidseisen.[44]

In juli 1986 brengt de Raad van State advies uit over de beide wetsvoorstellen.[45] De Raad stelt dat men in brede kring van oordeel is dat er argumenten zijn om thans tot nadere wetgeving met betrekking tot het vraagstuk van de euthanasie te besluiten. De Raad heeft begrip voor de overwegingen die aan dit standpunt ten grondslag liggen. Er bestaat, zo vervolgt de Raad, kennelijk een behoefte aan meer rechtszekerheid dan thans door de wetgeving en de daarop geënte praktijk wordt geboden.

De Raad van State is van mening dat in de Nederlandse samenleving een diepgaand verschil van opvatting bestaat over de vraag of, en zo ja met welke begrenzing, artikel 293 veranderd moet worden. De Raad voegt daaraan toe dat in zijn optiek overwegende bezwaren kleven aan de in beide voorstellen gehanteerde omschrijvingen. De term ‘uitzichtloze noodsituatie’ is een te open norm die sterk subjectief bepaald is. De omschrijving van het kabinetsvoorstel – ‘concrete doodsverwachting’ - is restrictiever, maar geeft, naar het oordeel van de Raad, evenmin voldoende houvast.

De Raad constateert dat over de inhoud van de wetgeving de meningen sterk uiteenlopen, maar dat er desalniettemin ook punten van overeenkomst zijn. Zo bestaat er overeenstemming over het vastleggen van welke gedragingen, voor de toepassing van het bepaalde in artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht, niet als ‘levensberoving’ worden

---

43 D. van Tol (red) 1986: 12-13. De Brauw (oud-voorzitter van het Centraal Medisch Tuchtcollege) vult deze opvatting als volgt in:

> Het is ongewenst, gedurende de periode dat een betere wetgeving wordt voorbereid, de thans bestaande onzekere toestand te doen voortduren. Het is aan te bevelen het bestaande seponeringsbeleid gedurende dit onderzoek voort te zetten, maar het aan de besluitvorming van de vergadering van procureurs-generaal voorafgaande onderzoek zou moeten worden verricht door een commissie van medische tuchtrechters bij voorkeur met een jurist als voorzitter, in plaats van het storende en vaak volstrekt overbodig blijkende justitiële onderzoek. Het lijkt waarschijnlijk dat daardoor reeds een veel grotere bereidheid van de artsen zal ontstaan om in voorkomende gevallen te rapporteren op de wijze die volgens overheid en K.N.M.G. de juiste toepassing van de wet is (De Brauw 1986: 98).

44 KNMG 1986 Commentaar: 1218.

45 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen,* nr. 18 331, nr. 43.

aangemerkt.[46] Verder bestaat er, volgens de Raad, een grote mate van overeenstemming over de zorgvuldigheidseisen.[47]

Het geheel overziende komt de Raad tot het oordeel dat beide voorstellen tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht thans beter niet doorgevoerd kunnen worden. Alhoewel de Raad van mening is dat het primair de taak van de wetgever is om rechtszekerheid, voorzover mogelijk, te verschaffen, wijst hij erop dat rechtsvorming - zeker op een punt als het onderhavige - niet alleen langs de weg van wetgeving tot stand kan komen. De Raad van State spreekt zijn voorkeur uit voor wachten met wetswijziging totdat er meer jurisprudentie van de Hoge Raad voorhanden is.[48]

De Raad stelt als alternatief voor de beide voorstellen voor, een bepaling op te nemen in het Wetboek van Strafrecht, waarin wordt vastgelegd welke gedragingen niet als 'euthanasie' worden aangemerkt. Verder denkt de Raad dat de rechtszekerheid voor arts en patiënt nog bevorderd kan worden door vast te leggen aan welke eisen van zorgvuldigheid en administratieve verplichtingen de geneeskundige moet hebben voldaan, indien hij, in het kader van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht, een beroep doet op een strafuitsluitingsgrond.[49] Deze vereisten en verplichtingen moeten, in de optiek van de Raad, opgenomen worden in een wettelijke regeling buiten het Wetboek van Strafrecht. In het Wetboek van Strafrecht moet de relatie tussen die eisen en de strafuitsluitingsgrond worden geregeld. De Raad geeft in overweging de voorstellen van wet in het licht van het vorenstaande te heroverwegen.[50]

Op 16 juli 1986 geeft Kohnstamm, die de verdediging van het wetsvoorstel op zich heeft genomen - Wessel-Tuinstra is na de verkiezingen niet teruggekomen in de Kamer - een voorlopige reactie op het advies. Kohnstamm stelt dat, alhoewel het door de Raad geadviseerde hem op onderdelen doet overwegen nadere wijzigingsvoorstellen te doen, hij voorlopig tot de conclusie komt dat in het advies geen aanleiding is te vinden om de ingeslagen weg te verlaten.[51] In zijn definitieve reactie - december 1986 - stelt hij dat aan de oplossing van de Raad van State grote inhoudelijke en wetstechnische problemen kleven. Hij herhaalt de al eerder genoemde bezwaren tegen een bepaling waarin omschreven staat wat niet onder 'euthanasie' verstaan moet worden. Verder denkt hij dat het voor de rechtszekerheid noodzakelijk is om een materieel criterium in de wet vast te leggen en wijst hij erop dat de Raad van State onduidelijk is over de vraag op welke wijze en op welke plaats in het Wetboek van Strafrecht de relatie tussen de zorgvuldigheidsnormen en de strafuitsluitingsgrond moet worden geregeld. Kohnstamm herhaalt zijn opvatting dat het

---

[46] Dit standpunt is zowel in het regeringsvoorstel als in het rapport van de Staatscommissie te vinden. In het wetsvoorstel van Wessel-Tuinstra ontbreekt een dergelijke bepaling. De Raad concludeert desondanks dat deze overeenstemming bestaat omdat twee woordvoerders van partijen die het initiatief onderschrijven (Dees van de VVD en Haas-Berger van de PvdA) hebben laten weten een amendement in die richting te ondersteunen.

[47] *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen*, nr. 18 331, nr 43, C en D: 3-4. Overigens meent de Raad dat jongeren vanaf 16 jaar geen toestemming van hun wettelijke vertegenwoordigers behoeven. Ten aanzien van de positie van jongeren tussen 12 en 16 jaar merkt de Raad op dat de problematiek van niet-overeenstemming tussen vertegenwoordigers en minderjarigen nadere bestudering behoeft.

[48] *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen*, 18 331, nr. 43, C en D: 5.

[49] Het beroep op overmacht .

[50] *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen*, 18 331, nr. 43, C en D: 5.

[51] *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen*, 18 331, nr. 43, D.

initiatiefwetsvoorstel kracht van wet moet krijgen.[52] Het zal echter tot april 1989 duren voor het initiatief-wetsvoorstel weer onderwerp van discussie wordt in de Tweede Kamer.

De KNMG reageert teleurgesteld op het advies van de Raad van State. Men vreest dat het met de euthanasiewetgeving dezelfde kant opgaat als met de abortuswetgeving: een jarenlang slepend politiek debat, met als uiteindelijk resultaat wetgeving waarvan de naleving moeilijk te controleren is. Het opleggen van vele gedetailleerde verplichtingen, zonder daarbij de rechtszekerheid wezenlijk te vergroten, zal, verwachten zij, allerminst het beoogde effect hebben. Te vrezen valt dat de toetsbaarheid en de controleerbaarheid van euthanasie met een dergelijke regeling niet zijn gediend.[53]

Mocht het niet mogelijk blijken te zijn binnen enkele maanden een wijziging in het Wetboek van Strafrecht te realiseren, dan vraagt de KNMG de regering dringend in overleg met haar te gaan over zowel het afgeven van openbare vervolgingsrichtlijnen, als tot het openbaren van de tussen de Overleggroep Openbaar Ministerie Staatstoezicht en KNMG opgestelde, richtlijnen inzake de meldingsprocedure rond euthanasie.[54]

De voormalig staatssecretaris van Volksgezondheid, oud-voorzitter en erelid van de NVVE Muntendam daarentegen meent dat artsen niet teleurgesteld hoeven te zijn over het advies van de Raad van State. Hij maant tot voorzichtigheid: het hoog oplaaien van de hartstochten kan de sociale aanvaarding van euthanasie ernstig in gevaar brengen. Uitstel, ter voorkoming van een slechte wet, juicht hij toe.[55] Hij is het enerzijds met de Raad van State eens dat de omschrijving van het lijden in beide voorstellen problematisch is; anderzijds is hij het met de KNMG eens, dat een wet niet hoeft te zeggen wat men niet onder ‘euthanasie’ dient te verstaan.[56]

7.2 Discussie over de medische exceptie, de verklaring van overlijden en de betekenis van zelfbeschikking bij euthanasie

Euthanasie, een medisch of een maatschappelijk probleem?

Net zoals eerder[57], wordt in 1986 de vraag gesteld of euthanasie beschouwd moet worden als een maatschappelijk dan wel als een medisch probleem. De huisarts Stevens stelt dat angst, eenzaamheid, onzekerheid, depressie en pijn meestal de redenen zijn om euthanasie te vragen. In zijn optiek zijn deze redenen maatschappelijk van aard en hij meent dan ook dat er maatschappelijke oplossingen gezocht moeten worden.[58]

---

52 *Handelingen Tweede Kamer 1985-1986, Bijlagen*, 18 331, nr. 43, E.

53 KNMG 1986 Brief.

54 KNMG 1986 Brief: 1335. Ook Sutorius pleit voor het openbaar maken van de vervolgingsrichtlijnen (Sutorius 1986 *Verantwoorde levensbeëindiging*: 52).

55 “Aan de wijsheid van de Raad van State zal het te danken zijn, indien ons bij het eventueel ontwerpen van een wettelijke regeling voor euthanasie bespaard blijft wat ons van 1971 tot 1982 door kabinet en parlement werd geboden: het ontwerp Wet afbreking zwangerschap eindigde in de baring van een politiek monstrum” (Muntendam 1986: 1328).

56 Muntendam meent dat de geschiedenis hem gelijk heeft gegeven. Nu blijkt dat de jurisprudentie zich inderdaad tot nu toe bij de beginselen van de Commissie Wetgeving van de NVVE heeft aangesloten, is er voor Muntendam geen reden een ander standpunt in te nemen als in 1978 (Muntendam 1986: 1328).

57 Zie daarvoor met name paragraaf 6.2.

58 Stevens 1986.

De strafrechtgeleerde Enschedé is - zo is in paragraaf 6.2 gebleken - een vertegenwoordiger van de gedachte dat euthanasie een medisch probleem is. Euthanasie is in zijn optiek een bijzondere vorm van ‘medische thanasie’.[59] Een groep medisch hoogleraren verzet zich tegen de, in hun ogen gekunstelde constructie van Enschedé. Zij menen dat het niet terecht is om het nalaten van medisch handelen, wanneer de dood onafwendbaar is, als ‘dodingshandeling’ te bestempelen. Pijnbestrijding - ook die de dood bespoedigt - is, wanneer het als pijnbestrijding bedoeld is, medisch handelen en geen ‘thanasie’. Doelbewust levensbeëindigend handelen is het overschrijden van een principiële grens en geen logisch gevolg van voorgenoemd handelen. Zij zijn tegen het neologisme ‘thanasie’. In hun optiek maakt de arts door een handeling van directe levensbeëinding een einde aan het elementair verondersteld van al het medisch handelen, te weten het leven van de patiënt. Zij stellen de juridische controle op hun werk niet te schuwen. Verder beschouwen zij het in strijd met de rechtsgelijkheid en met de beroepseer van medici, wanneer de laatsten in onderscheid tot andere burgers, niet op hun daden maar op de respectabiliteit van hun motieven zouden worden getoetst, zoals, in hun ogen, door Enschedé wordt bepleit.[60]

Sutorius spreekt zich net zoals Enschedé uit voor de medische exceptie. In zijn optiek bestaat er sinds jaar en dag een structurele spanning tussen arts en strafrecht, tussen het medisch handelen en de integriteit van het lichaam. Artsen hebben zich ten opzichte van het strafrecht altijd al in een uitzonderingspositie bevonden, meent Sutorius. Nieuw is echter de omstandigheid dat dit inzake euthanasie wordt ervaren als een probleem. Indien de samenleving haar artsen in hun omgang met leven en dood werkelijk niet vertrouwt, dienen zich meer probleemgebieden aan voor regulering in het strafrecht en behoren ook de “gesluierde” vormen van euthanasie binnen bereik van serieuze toetsing te komen. [61] Daarnaast wijst Sutorius erop dat zich met de vooruitgang in de techniek in de naaste toekomst nieuwe probleemgebieden zullen aandienen en hij stelt de vraag of het strafrecht van probleem tot probleem moet voorzien in een regulering ten behoeve van artsen, een beroepsgroep die zich ook in de toekomst in een structurele uitzonderingspositie zal blijven bevinden. Hij is het met Enschedé eens dat de arts in beginsel buiten bereik van die strafwet behoort te blijven, tenzij zijn motieven niet meer van medische aard zijn, hij zijn positie voor eigen oogmerken misbruikt of de regel van zijn beroep werkelijk met voeten treedt.[62]

---

59 Hij verwoort dit standpunt onder andere tijdens een lezing voor het Haags Juridisch Genootschap, gepubliceerd onder de titel ‘Euthanasie rechtstheoretisch beschouwd’ in Enschedé 1985 *De arts en de dood* . Ook zo in Enschedé 1986 Boter, melk, kaas. Jörg noemt Enschedé’s benadering een *petitio principii*. Medisch handelen is in zijn optiek straffeloos indien en voorzover de medische standaard strookt met het recht (Jörg 1986: 6).

60 Van Alphen e.a. 1986: 311-314.

61 Hij denkt daarbij aan abstineren, pijnbestrijding met het risico van het eerder intreden van de dood en het niet behandelen van een bijkomende ziekte of aandoening bij een patiënt die onomkeerbaar het bewustzijn heeft verloren.

62 Sutorius 1986 *Verantwoorde levensbeëindiging*: 51. Houben is van mening dat Enschedé rechtstheoretisch gelijk heeft maar omdat de medische beroepsgroep de materie niet voldoende blijkt op te vangen, voldoet de feitelijke situatie niet aan zijn verwachtingen. Zolang er door de medische instanties onvoldoende toetsing en controle worden uitgeoefend, is het terzake minder deskundige Openbaar Ministerie wel genoodzaakt om te toetsen, aldus Houben (Houben 1986: 1250).

De verklaring van overlijden

Reeds in 1985 wordt duidelijk dat in het district Alkmaar een regeling ontwikkeld is omtrent aangifte en vervolging van euthanasie.[63] De hoofdofficier Josephus Jitta geeft enkele redenen waarom artsen die euthanasie hebben toegepast een valse verklaring van natuurlijke dood invullen. Op de eerste plaats zijn artsen en patiënten onzeker over de reikwijdte van de strafwet. Men denkt nog steeds dat euthanasie niet mag en men is niet op de hoogte van de nuancering binnen de rechtspraak. Op de tweede plaats ziet men op tegen het politieonderzoek. Men wil de familie en de nabestaanden een dergelijk onderzoek door politiek en justitie besparen. Ten derde denkt Josephus Jitta dat artsen ook zichzelf een onderzoek willen besparen als mogelijke verdachte.[64]

Jospehus Jitta doet een poging om dokters te stimuleren na een euthanasie geen verklaring van natuurlijke dood in te vullen. Hij probeert dit door voorlichting te geven en een meldingsprocedure te ontwikkelen.[65] Aan artsen wordt te kennen gegeven wat de zorgvuldigheidseisen zijn die zij in acht moeten nemen bij de toepassing van euthanasie. Afgesproken wordt dat wanneer een arts voldoende informatie geeft, er geen sectie wordt verricht en het onderzoek wordt teruggebracht tot de hoofdzaken. De arts moet daartoe een verslag schrijven en daarbij het liefst een euthanasieverklaring van de patiënt en een verklaring van de geconsulteerde arts bijvoegen. Als deze verklaringen op schrift gesteld zijn, zal de politie niet verhoren en hoeft de familie niet lastiggevallen te worden.[66]

De ontwikkelde procedure leidt ertoe dat meer artsen bereid zijn de verklaring van natuurlijk overlijden niet af te geven na een euthanasie. Het resultaat - 15 meldingen in het eerste jaar - valt Josephus Jitta echter nog wat tegen.[67] Daarbij tekent hij wel aan dat hij de artsen geen honderd procent zekerheid kan bieden dat zij niet vervolgd zullen worden.[68]

---

[63] Al eerder, eind 1983, was bekend geworden dat de geneeskundig inspecteur Bienfait vanaf het voorjaar gesprekken organiseerde in de arrondissementen van Noord-Holland over gedragsregels ten aanzien van ‘euthanasie’. In die gesprekken participeren officieren van justitie, huisartsen, ziekenhuis- en verpleeghuisartsen en gemeentelijke lijkschouwers. De bedoeling van de gesprekken was dat de verschillende partijen wat meer voeling voor elkaars werk kregen. Bienfait meende dat artsen niet altijd begrijpen dat een officier van justitie formeel bij een wetsovertreding niet stil kan blijven zitten en dat officieren van hun kant weinig zicht hebben op de praktijkproblemen van een arts (*Vrije Volk* 4 december 1983). Minister Korthals Altes liet naar aanleiding van een vraag van het PvdA-kamerlid Haas-Berger weten dat een dergelijk overleg geen wijziging kan brengen in het opsporings- en vervolgingsbeleid van het Openbaar Ministerie in gevallen van vermoedelijke overtreding van de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht (*Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Aanhangsel*, nr. 351). Uit een aanvullende vraag van het kamerlid Schutte (GPV) bleek dat binnen het inspectieapparaat intern overleg heeft plaatsgevonden over de door de inspecteurs te volgen wijze van handelen in gevallen van ‘euthanasie’. Daarbij is de procedureafspraak gemaakt dat alle bij de inspecteurs bekend geworden gevallen van ‘euthanasie’, in het belang van de landelijke coördinatie, gemeld zullen worden bij de geneeskundige hoofdinspecteur (*Handelingen Tweede Kamer 1983-1984, Aanhangsel*, nr. 360).

[64] Interview van Enthoven met Jitta (Enthoven 1988: 279).

[65] Bij de gesprekken met de artsen is de inspecteur van de volksgezondheid aanwezig en – later op verzoek van de medici zelf – een vertegenwoordiger van de KNMG.

[66] In een interview met Van Aken zegt Josephus Jitta dat de minister van Justitie in oktober aan de KNMG heeft meegedeeld dat een arts dan van justitie niets te vrezen heeft (Van Aken 1986: 132).

[67] Uit het *Jaarverslag Openbaar Ministerie 1987* blijkt dat voor heel Nederland in deze jaren de volgende aantallen door artsen als ‘euthanasie’ gemelde gevallen bij het Openbaar Ministerie bekend zijn: 1983: 10; 1984: 19; 1985: 31; 1986: 84 en 1987: 126.

[68] *NRC-Handelsblad* 2 april 1986. Het RPF-kamerlid Leerling stelt hierover in juni 1986 een vraag. Korthals Altes laat weten dat het initiatief van Josephus Jitta vooruitloopt op overleg dat gaande is tussen het hoofdbestuur van de KNMG, het Openbaar Ministerie en het Staatstoezicht op de

Ook Sutorius toont zich bezorgd over de afgifte van valse verklaringen van overlijden. Hij wijst op het mogelijk grote aantal euthanasiegevallen - volgens hem spreekt men van enkele duizenden per jaar - en het feit dat traditiegetrouw een overgrote meerderheid van medici zich niet stoort aan de bepalingen van de Wet op de Lijkbezorging inzake de doodsverklaring. Daardoor is het onmogelijk een juist inzicht te verwerven in aard en omvang van het euthanasieverschijnsel en blijft ook de kwaliteit van de verrichte euthanasie buiten bereik van serieuze toetsing door de samenleving. Hij pleit voor een zodanige wijziging van de Wet op de Lijkbezorging dat artsen verleid worden om naar waarheid ingevulde verklaringen van overlijden af te geven, zodat inzicht verkregen kan worden in de werkelijke aard en omvang van het euthanasievraagstuk.[69]

Admiraal is van mening dat als artsen van het Openbaar Ministerie de garantie krijgen dat er zorgvuldig gehandeld zal worden met de relatie arts-patiënt, de weerstand bij artsen om euthanasie te melden zal verdwijnen. Zijn wens is dat het melden van euthanasie routinematig kan gebeuren met een behoorlijk gestructureerd formulier.[70]

Enschedé blijft bij zijn mening dat euthanasie niet gemeld dient te worden als een niet-natuurlijke dood. Eind 1986 stelt hij samen met Langemeijer, Mulder en Van Veen opnieuw, dat blijkens de Memorie van Toelichting op de Wet op de Lijkbezorging, 'natuurlijke doodsoorzaak' niets anders betekent dan 'niet-criminele oorzaak'. Zij stellen dat ook de arts die in noodtoestand doelbewust voor levensbeëindiging kiest, een verklaring van natuurlijk overlijden behoort af te geven. Deze keuze is immers gerechtvaardigd volgens de rechtspraak van de Hoge Raad, en gerechtvaardigd handelen kan geen criminele doodsoorzaak zijn. In artsenkringen is dat terecht altijd zo begrepen, zo menen de auteurs.[71] Het afleggen van enige nadere verklaring over een dergelijke dood tegenover wie dan ook, levert bovendien een onder omstandigheden strafbare schending op van het beroepsgeheim. De auteurs verzetten zich tegen acties om meer openheid - zoals van het KNMG en van Josephus Jitta.[72] Zij eindigen met de woorden:

Volksgezondheid. Korthals Altes heeft de procureur-generaal van het hof Amsterdam verzocht te bevorderen dat in het arrondissement Alkmaar geen verdere besluiten worden genomen betreffende de meldingsprocedure vooraleer uitvoering is gegeven aan het voornemen van de regering van wijziging van de Wet op de Lijkbezorging. Korthals Altes laat bij die gelegenheid verder weten dat het resultaat in Alkmaar is dat er 28 meldingen zijn gedaan waarvan in één geval een gerechtelijk vooronderzoek is gevorderd. Korthals Altes merkt op dat ook landelijk valt te constateren dat steeds meer artsen die euthanasie hebben toegepast, dat naar waarheid melden en bereid blijken aan het Openbaar Ministerie volledige opening van zaken te geven, zodat hun handelwijze kan worden getoetst (*Handelingen Tweede Kamer 1986-1987, Aanhangsel,* nr. 44).

69 Sutorius 1986 *Verantwoorde levensbeëindiging*: 52. In zijn optiek is het verder nodig dat fundamenteler nagedacht wordt over en onderzoek gedaan wordt naar de wortels van het euthanasieprobleem. Hij denkt bij deze wortels aan een gewijzigd ziektepatroon (kanker); de afname van natuurlijke of relatief milde uitwegen; het feit dat geperfectioneerde gezondheidszorg maakt dat mensen aan een langer leven lijden; effecten van hospitalisering. In zijn optiek roept het euthanasievraagstuk op tot zorgvuldige heroriëntatie op de mens, het menselijk leven en het menselijk lichaam en daarmee tot bijstelling van het gangbare medische model (Sutorius 1986 *Verantwoorde levensbeëindiging*: 38-41; idem in Sutorius 1986 Abortus en euthanasie: 397-398).

70 Van Aken 1986: 150-151.

71 Ch. J. Enschedé, G.E. Langemeijer, A. Mulder en Th.W. van Veen, 'Laat artsen hun beroepsgeheim koesteren', *NRC-Handelsblad,* 23 december 1986.

72 Zij melden nog dat ook in de drie noordelijke provincies artsen en politieagenten van de regionaal inspecteur voor de volksgezondheid en de hoofdofficier in Assen een brief hebben ontvangen met een uiteenzetting over de wijze van handelen bij euthanasie. Ook hier hoopt justitie met meer openheid alle artsen tot melding te brengen, zodat altijd onderzocht kan worden of de arts zorgvuldig genoeg is

> Neen, het is allemaal de verkeerde weg. Laten artsen niet luisteren naar het gefluit van de vogelaar. Laten zij zelf hun beroepsplichten honoreren. Laten ze hun beroepsgeheim koesteren en de nabestaanden van hun patiënt niet uitleveren aan bureaucratische inmenging in hun rouwproces. Dat is een eis van het recht, van fatsoen, van medische ethiek. Het alternatief is de dood van het geheim.[73]

In 1987 voegt Enschedé hieraan toe dat een andere opvatting onpraktisch zou zijn omdat dit, gezien het grote aantal gevallen van 'medische thanasie', de spankracht van het Openbaar Ministerie te boven zou gaan. Zonder verklaring van overlijden zouden deze gevallen justitie met een "massa zinloze informatie, met ruis en overbodig werk" opschepen. Overal waar gewerkt wordt, worden fouten gemaakt, zo meent Enschedé. Zwakke broeders kan men niet met verbetering van wettelijke regelingen onder controle houden. Het is nu juist een van de eigenschappen van zwakke broeders dat ze daarvoor niet erg gevoelig zijn. Die controle moet men langs andere wegen verbeteren.[74] De overlijdensverklaring dient niet, en is ook niet geschikt te maken voor controle op artsengedrag.

> Wil men de controle op artsengedrag verbeteren, dan dient men andere wegen te gaan; daarbij verdient de preventieve weg de voorkeur boven de repressieve, de weg van bestuurs- en disciplinair recht de voorkeur boven het strafrecht.[75]

Er is een nauw verband tussen de opvatting over de medische exceptie en over het belang dat gehecht wordt aan een meldingsprocedure. Degenen die maatschappelijke controle een vereiste vinden, stellen pogingen in het werk het voor dokters aantrekkelijker te maken zich toetsbaar op te stellen. Degenen die van mening zijn dat het strafrecht niet geschikt is als instrument om dokters te controleren, verzetten zich op praktische en principiële gronden tegen het idee dat euthanasie gemeld moet worden bij en getoetst moet worden door het Openbaar Ministerie.

De betekenis van zelfbeschikking bij euthanasie

Na het rapport van de Gezondheidsraad in 1982 is de filosofische discussie over euthanasie verstomd. Incidenteel doen filosofen nog wel een poging het debat over de achterliggende waarden opnieuw op te pakken. In de bijdragen van deze auteurs worden de contouren zichtbaar van de wijze waarop men in Nederland tracht zelfbeschikking en respect voor het leven te combineren en wordt duidelijk dat ook ten aanzien van euthanasie liberale auteurs van mening zijn dat zelfbeschikking géén recht is dat men ongeclausuleerd kan uitoefenen.

Visser 't Hooft en Soeteman nemen in 1986 de discussie over zelfbeschikking opnieuw op. Visser 't Hooft merkt in zijn bijdrage op dat alle partijen in het debat het erover eens zijn,

---

geweest. Dit initiatief en dat van Josephus Jitta lijkt onafhankelijk van elkaar en ongeveer tegelijkertijd te zijn ontstaan (interview L. Meijers april 2000).

73 Enschedé e.a. 1986. Ook in het daarop volgende jaar verkondigen de auteurs deze stelling (Enschedé, Langemeijer, Mulder en Van Veen 1987: 133). In datzelfde jaar spreekt Enschedé zich andermaal in deze termen uit over de verklaring van overlijden. Dan blijkt ook dat bij hem euthanasie en hulp bij zelfdoding niet onder één noemer geschaard kunnen worden. Hij meent dat bij zelfmoord, zo kort na de dood zonder voorafgaand onderzoek, nooit uit te maken is dat er geen sprake is geweest van een strafbaar aanzetten; behulpzaam zijn bij; of middelen verschaffen tot die zelfmoord, strafbare feiten die tot het overlijden hebben bijgedragen (Enschedé 1987: 108-120).

74 Enschedé 1987: 118.

75 Enschedé 1987: 119.

dat maatschappelijke dwang als een euvel moet worden beschouwd. De 'liberalen' hebben het echter gemakkelijker dan hun opponenten. Zij wijzen op de ernst van het leed dat door vrijheidsbeperking in de sfeer van zelfgericht handelen wordt berokkend, uiten twijfels met betrekking tot het nut van de straf als instrument van zedelijkheidshandhaving en wijzen op het gevaar van de "dictatuur van een door fatsoensrakkers opgezweepte meerderheid". De opponenten poneren een 'gedeelde moraliteit'. In hun optiek brengen handelingen die met de 'gedeelde moraliteit' in strijd zijn, schade toe aan de samenleving en daarmee aan ieder individu afzonderlijk. In wezen, zo stelt Visser 't Hooft, staan hier twee mensbeelden tegenover elkaar: het eerstgenoemde kent aan persoonlijke autonomie een fundamentele waarde toe; het tweede bestrijdt de persoonlijke autonomie niet, maar meent dat vrijheid slechts in een bepaalde kader zinvol is. Vertegenwoordigers van dit tweede mensbeeld vatten de mens niet op als individuele zelfbeschikker, maar als een wezen dat zichzelf via gemeenschappelijke instituties, gemeenschappelijke normen en gemeenschappelijke waardeoordelen vormgeeft. Er is geen scherpe tegenstelling tussen zelf en gemeenschap.

Visser 't Hooft vraagt zich af of men in de praktijk niet vaak een middenweg bewandelt: erkenning van zelfbeschikking, niet zozeer uit hoofde van enig *a priori* maar omdat men dit - op grond van een gemeenschappelijke overtuiging - in deze concrete situatie als het meest menswaardig beschouwt. Zo meent hij,

> dat in de euthanasiecontext noch een abstract gehouden 'zelfbeschikkingsrecht', noch een even abstract gepostuleerd 'eerbied voor het leven' overtuigend kunnen zijn. Hetgeen in het stervensverlangen respect afdwingt, is een wilsbepaling waarvan wij de motieven kunnen delen; wij menen dat het onmenselijk is in deze situatie aan iemand de dood te weigeren. En leggen wij dan toch het accent op respect voor de wilsuiting als zodanig, dan wordt dit standpunt mijns inziens ook weer door een opvatting omtrent ons mens-zijn gevoed: de opvatting dat het leven niets waard is zonder een fundamentele en in laatste instantie ondoorgrondelijke levenswil.[76]

Visser 't Hooft is dan ook van mening dat mensen elkaar, op grond van een gemeenschappelijk ervaren menswaardigheid, soms beter kunnen vinden dan wordt gesuggereerd door de analyse van hun uitgangspunten.

Soeteman spreekt in 1986 over de rechtsfilosofische aspecten van euthanasie. Hij is van mening dat willen beginselen als 'recht op leven' en 'zelfbeschikking' enig argumentatief overwicht hebben, ze in een ruimer kader geplaatst dienen te worden. Hij oppert de 'menselijke waardigheid' als de achterliggende waarde om zelfbeschikkingsrecht en recht op leven te rechtvaardigen en te omlijnen. Zowel voor- als tegenstanders plegen zich daarop te beroepen. Menselijke waardigheid impliceert dat ieder mens verantwoordelijkheid kan dragen, verantwoordelijkheid voor anderen, maar in ieder geval voor zichzelf. Hiervoor is nodig dat men, zoals de minderheid van de Staatscommissie, in zijn optiek terecht, zegt, menswaardige situaties creëert. Dat zijn, vult Soeteman in, situaties waarin het individu in ieder geval de ruimte heeft die verantwoordelijkheid waar te maken.

Wanneer men het zelfbeschikkingsrecht interpreteert in het kader van de menselijke waardigheid en morele onafhankelijkheid, dan ligt het, aldus Soeteman, voor de hand dat de arts niet tot levensbeëindiging mag overgaan wanneer de wilsvorming van betrokkene gebrekkig is. De arts die hiermee in strijd handelt, schendt het recht van zijn slachtoffer. Dit betekent dat er een goede reden is - namelijk de bescherming van morele onafhankelijkheid

---

76 Visser 't Hooft 1986.

- om doden op verzoek niet zonder meer buiten het strafrecht te houden. Anderzijds kan echter de wilsvorming van betrokkene zonder gebreken zijn en in dat geval kan doden op verzoek buiten het strafrecht blijven. Deze twee situaties van elkaar onderscheiden is niet eenvoudig. In dit kader kan, meent Soeteman, een criterium als 'uitzichtloze noodsituatie' goede diensten bewijzen. Niet als voldoende criterium om over te gaan tot euthanasie - er moet immers een uitdrukkelijk en ernstig verlangen van betrokkene zelf zijn - maar wel als criterium dat dient om betrokkene te beschermen tegen consequenties van zijn eigen gebrekkige wilsvorming.

Soeteman meent dat het niet alleen begrijpelijk is, maar een directe consequentie van menselijke waardigheid, dat de toelaatbaarheid van doden op verzoek beperkt wordt tot situaties, waarin de wens om het leven te beëindigen intersubjectief invoelbaar is. Op die manier kan het risico van misbruik door anderen en met name van wilsgebreken beperkt worden.

Soeteman concludeert dat het zelfbeschikkingsrecht geenszins absoluut geïnterpreteerd kan worden, evenmin als dat de 'uitzichtloze noodsituatie' gehanteerd kan worden als opzichzelfstaand criterium. 'Uitzichtloze noodsituatie' doet, in deze benadering, dienst om het zelfbeschikkingsrecht echt tot zijn recht te laten komen.[77]

7.3 Vervolg rechtszaken met opnieuw een uitspraak van de Hoge Raad

Schoonheim opnieuw voor een Gerechtshof

In november 1984 heeft de Hoge Raad – zie daarvoor paragraaf 6.5 - het arrest van het gerechtshof Amsterdam in de zaak Schoonheim vernietigd en de zaak verwezen naar het Gerechtshof 's Gravenhage. Dit hof vraagt, op voorstel van de procureur-generaal Feber, een drietal getuigen-deskundigen om vanuit hun hoedanigheid als arts over de medisch-ethische aspecten van de zaak te adviseren. De deskundigen - Van der Meer, Oostvogel en Schudel - krijgen een vragenlijst met vijfentwintig, elkaar deels overlappende vragen voorgelegd. Na een serie hoorzittingen, waar naast de getuigen-deskundigen, de rechter-commissaris, Feber en Sutorius aanwezig zijn, wordt aan de deskundigen gevraagd onafhankelijk van elkaar over de zaak te rapporteren. Uit de rapportage blijkt dat de deskundigen allesbehalve op één lijn zitten.[78] Feber besluit dan een beroep te doen op het hoofdbestuur van de KNMG en vraagt het dezelfde vragen te beantwoorden.[79]

---

[77] Soeteman 1986. Hij tekent daarbij aan dat het de vraag blijft of de 'uitzichtloze noodsituatie' wat dit betreft voldoende is. De ervaring is dat de maatstaf die gezonde mensen hanteren nogal eens verschilt van die van ongeneeslijk zieken. Bovendien moet het probleem niet onderschat worden dat de patiënten, die om euthanasie vragen, per definitie niet in de situatie verkeren die bevorderlijk is voor een vrije wilsvorming. Misschien zijn daarom, ter bescherming van de zelfbeschikking van betrokkenen, strengere eisen nodig. Soeteman betwijfelt of er al voldoende ervaring is opgedaan om tot wetgeving over te gaan en denkt dat het verstandig zal zijn eerst de *in concreto* oordelende rechters hun, hopelijk, wijze gang te laten gaan.

[78] Schudel 1986: 1253. Schudel merkt op dat op dat moment een impasse dreigt in de rechtsgang. Doordat de Hoge Raad zoveel nadruk legt op het medisch inzicht en de medische ethiek, is de vrijheid van het hof om een eigen interpretatie te geven van de medisch-technische en medisch-ethische randvoorwaarden aanzienlijk beperkt (Schudel 1986: 1253).

[79] Schudel meent dat het hoofdbestuur, na de nodige aarzeling, vooral met het verzoek instemt omdat inmiddels door de kabinetsformatie een spoedige regeling inzake euthanasie onwaarschijnlijk is

In augustus 1986 worden de deskundigen tijdens de rechtzitting geconfronteerd met elkaars standpunten en het KNMG-advies. Tijdens het verhoor van de getuigen-deskundigen blijkt alsnog dat wat betreft de belangrijkste algemene vragen, een grote mate van overeenstemming bestaat. Een van die vragen is of men euthanasie geoorloofd acht in gevallen waarin de patiënt om euthanasie vraagt omdat hij zijn psychisch lijden ten gevolge van zijn algeheel lichamelijk verval van krachten als ondraaglijk ervaart. De algemene teneur van de antwoorden is dat psychisch lijden moeilijk te objectiveren is. Het is, zo meent men, een kwestie van invoelen in de relatie arts-patiënt. In het onderhavige geval is men van mening dat niet meer objectieve maatstaven hadden kunnen worden aangelegd dan is gedaan, dan wel dat Schoonheim op grond van zijn medische ervaring en zijn inzicht in de persoon van mevrouw B. tot de conclusie kon komen dat zijn patiënte ondraaglijk leed.[80] De KNMG, Van der Meer en Schudel achten Schoonheims handelen dan ook geoorloofd.

Feber sluit hier in zijn requisitoir bij aan:

> Uitgaande van het door de Hoge Raad ontwikkelde noodtoestandscriterium moet … aangenomen worden, dat mede gezien het ondraaglijk lijden van mevrouw B. haar medische toestand en prognose in beginsel de euthanasie-ingreep was gerechtvaardigd. Het collegiaal overleg was, zeker gezien de toenmalige maatstaven, voldoende. De vraag van de Hoge Raad of de door de heer Schoonheim toegepaste euthanasie 'naar objectief medisch inzicht' en ik vervang deze terminologie ….door de woorden 'redelijk medisch inzicht' als een in noodtoestand verricht handelen gerechtvaardigd was te achten dient mijns inziens positief te worden beantwoord. Ik heb de eer te requireren dat u met vernietiging van het vonnis van de rechtbank Alkmaar het tenlastegelegde feit bewezen zult verklaren en de heer Schoonheim terzake van dit feit zult ontslaan van alle rechtsvervolging.[81]

Het hof overweegt, dat het, mede gelet op hetgeen de deskundigen in hun verslagen en ter terechtzitting in hoger beroep, zakelijk eensluidend naar voren hebben gebracht,

---

geworden en de onzekerheid onder artsen in den lande over het vervolgingsbeleid alleen maar toeneemt. Het hoofdbestuur beperkt zich tot algemene vraagstukken en geeft geen antwoorden op vragen die de zaak zelf betreffen (Schudel 1986: 1253-1254).

80 Het hoofdbestuur van de KNMG maakt ten aanzien van het lijden een onderscheid in vier categorieën: lijden ten gevolge van een constateerbare lichamelijk aandoening; lijden ten gevolge van een lichamelijke aandoening of lichamelijk verval zonder pijn - totale verlamming, dreigende spraakstoornissen, angsten voor verslikken of stikken e.d.; lijden zonder lichamelijke aandoening of pijn ten gevolge van psychosociale factoren van buiten af; en psychiatrisch lijden zonder lichamelijke aandoening of pijn. Bij de eerste twee vormen van lijden kan een verzoek om euthanasie in overweging genomen worden. Bij de laatste twee vormen kan volgens de KNMG veelal niet ingegaan worden op een euthanasieverzoek, omdat niet aan de medische zorgvuldigheidscriteria voldaan kan worden, dan wel er geen sprake kan zijn van een weloverwogen verzoek (Schudel 1986: 1255).

81 Schudel 1986: 1256. Feber meldt elders dat hij schoorvoetend overgegaan is tot het verzoek van ontslag van rechtsvervolging. Deze terughoudendheid vindt zijn oorzaak, zo meent Feber, in de vrees dat door een dergelijke beslissing een eerste stap gezet wordt op het hellend vlak. "Het 'veilig' voor vrijwel iedereen invoelbare terrein van het meestal aantoonbare lichamelijke lijden wordt verlaten voor het schemerige gebied waar ondraaglijke psychische onlustgevoelens mede de euthanasiebeslissing gaan bepalen" (Feber 1987 *Euthanasie*: 67). Febers eis leidt tot de kamervraag van het CDA-lid Borgman of er wijziging is van de *status quo* in het vervolgingsbeleid. Minister van Justitie Korthals Altes beantwoordt deze vraag ontkennend (*Handelingen Tweede Kamer 1986-1987, Aanhangsel*, nr. 64).

aannemelijk is geworden dat Schoonheim redelijkerwijs tot het oordeel is kunnen komen dat het lijden van mevrouw B. als ondraaglijk moest worden beschouwd; dat in dat stadium geen andere mogelijkheden meer toepasbaar waren om haar lijden te verzachten[82]; dat Schoonheim op grond van hetgeen mevrouw B. hem mededeelde heeft mogen aannemen en heeft mogen laten meewegen dat zij in haar eigen ogen op 16 juli 1982 nog wel, maar korte tijd nadien niet meer waardig zou kunnen sterven. Het hof meent dat - al zou het beter geweest zijn als hij een andere arts en/of deskundige niet-medicus had geconsulteerd - het overleg dat Schoonheim met zijn assistent heeft gevoerd als voldoende zorgvuldig mag worden aangemerkt en in overeenstemming met hetgeen in 1982 van hem mocht worden verwacht.[83]

Het hof oordeelt dat Schoonheim,

> die zich op het standpunt stelde dat geen norm van medische ethiek hem zijn handelen verbood - waarbij het hof opmerkt dat, nu een aanmerkelijk aantal medici in Nederland actieve levensbeëindiging medisch ethisch geoorloofd achten, doch andere medici zulks als medisch ethisch ongeoorloofd beschouwen en derhalve ter zake niet van een algemeen aanvaarde norm van medische ethiek kan worden gesproken, het niet aan de rechter is om op dit stuk een keuze te maken -, op grond van zijn kennis en inzicht als medicus en van zijn ervaring als huisarts van mevrouw B. na een volgens normen van medische ethiek zorgvuldige afweging van plichten en belangen die tegenover elkaar stonden, een keuze heeft gemaakt die, gelet op de omstandigheden van het geval, naar redelijk medisch inzicht als gerechtvaardigd moet worden aangemerkt.[84]

Schoonheim heeft zich, volgens het hof, er terecht op beroepen dat hij in noodtoestand heeft gehandeld en het hof ontslaat hem van alle rechtsvervolging. Het hof merkt nog op dat het beoordelen van het beroep op de medische exceptie nu achterwege kan blijven.

Mulder formuleert in zijn noot onder het arrest bezwaren tegen de constructie die nu is ontstaan. Hij betwijfelt de bruikbaarheid van de criteria die de Hoge Raad gehanteerd heeft ter rechtvaardiging van euthanasie door noodtoestand, omdat die criteria sterk steunen op een medisch oordeel. Mulder stelt dat criteria als ‘ondraaglijk ervaren lijden’, ‘steeds verder gaande ontluistering’, ‘niet waardig sterven’, de concreetheid missen waarnaar de jurist streeft in zijn omgang met normen en waarden. Die concreetheid wordt evenmin bevorderd door de juridische normen te verruilen voor die van de medische ethiek. Euthanasie wordt in het arrest opgevat als een medisch handelen, waarvoor geen medisch-ethische norm bestaat, behalve dan dat de arts zorgvuldig te werk moet gaan.[85] Van Es en Vroom-Kastelein daarentegen beschouwen het als positief dat het hof niet op de stoel van de arts is gaan zitten en een zekere professionele autonomie vanuit de medische wereld erkent. Het hof gaat daarbij echter, in hun ogen, zeker niet zo ver als Enschedé. De uitkomst van dit arrest kan, zo menen Van Es en Vroom-Kastelein, bijdragen aan een zorgvuldige euthanasietoepassing.[86]

---

82 Het hof stelt dat de psychofarmaca die in de gegeven situatie als enige in aanmerking zouden zijn gekomen, niet konden worden toegepast, omdat mevrouw dit niet wilde, zoals ze al eerder aan Schoonheim had laten weten.

83 *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 608: 2133-2134.

84 *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 608: 2134.

85 Mulder in noot onder het arrest van het hof Den Haag, *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 608.

86 Van Es en Vroom-Kastelein 1986 Arrest Gerechtshof ’s-Gravenhage: 1329.

Schudel onderstreept dat het belang van de uitkomst moeilijk overschat kan worden. Binnen zekere nauw omschreven grenzen is het zelfbeschikkingsrecht over leven en dood voor ernstig lichamelijk zieke patiënten gelegitimeerd en is de arts een rol toebedeeld om zijn patiënten hierin actief bij te staan.[87] Hij acht het van belang nog eenmaal te onderstrepen dat in deze zaak uitsluitend is gesproken over de aanvaardbaarheid van euthanasie bij ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden ten gevolge van ernstige lichamelijke aftakeling. Geen van de betrokken instanties of deskundigen heeft gepleit voor het toelaten van euthanasie bij psychisch lijden zonder meer of bij psychiatrisch lijden. Er is dan ook geen enkele opening geboden voor euthanasie bij lichamelijk gezonde personen, zo meent Schudel. Hij denkt wel te kunnen concluderen dat het begrip ‘concrete doodsverwachting’ heeft afgedaan als criterium voor aanvaardbaarheid van euthanasie.[88]

Pols voor de Hoge Raad

Mevrouw Pols, die in de nacht van 4 op 5 augustus 1982 een einde gemaakt heeft aan het leven van haar vriendin, is, nadat de rechtbank Groningen haar strafbaar heeft geacht maar geen straf heeft opgelegd, in hoger beroep door het hof Leeuwarden veroordeeld tot een gevangenisstraf van twee maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar.[89] Als cassatie-advocaat heeft zij Spong in de arm genomen.

Het gerechtshof heeft mevrouw Pols’ beroep op de medische exceptie verworpen. Ten aanzien van dit verweer oordeelt de Hoge Raad:

> Nergens valt uit het bij pleidooi dienaangaande betoogde de gevolgtrekking te maken dat in brede kring als juist is aanvaard dat die medische exceptie ook tot gelding zou kunnen komen in gevallen van opzettelijke actieve levensberoving als waarop art. 293 Sr is gedoeld, nog daargelaten of de rechter, indien dat wel zo zou zijn, de vrijheid zou hebben aan die door de wetgever erkende uitzondering strafuitsluitende werking toe te kennen.[90]

Ook Pols’ beroep op overmacht, zowel in de zin van psychische overmacht als in de betekenis van noodtoestand, is door het hof verworpen. De Hoge Raad oordeelt echter ten aanzien van het beroep op overmacht dat de overweging van het hof de beslissing tot verwerping van de gevoerde verweren niet kan dragen.

> Het is immers niet begrijpelijk dat een toezegging en voorbereiding als in het onderhavige geval is gedaan wordt opgevat als een zich door eigen schuld brengen in een overmachtssituatie, aangezien een dergelijke toezegging en voorbereiding pas kunnen volgen op een daaraan voorafgegaan besluit tot het inwilligen van de wens van een patiënt een einde aan diens leven te maken.
> ... Het hof had derhalve ervan rekenschap behoren te geven of de verdachte, toen zij het evenbedoelde besluit nam en vervolgens daaraan uitvoering gaf, handelde in noodtoestand of psychische overmacht.

---

[87] Schudel 1986: 1257. Ook Feber leest het vonnis als een op een kier zetten van de erkenning van het zelfbeschikkingsrecht. Hij meent dat in de formulering van het hof het waardig sterven niet slechts aan het oordeel van de arts wordt overgelaten maar in hoge mate afhankelijk gemaakt van wat de patiënt daar zelf over denkt (Feber 1987 *Euthanasie*: 70-71).

[88] Schudel 1986: 1258. Ook zo Van Es en Vroom-Kastelein (Van Es en Vroom-Kastelein 1986 Euthanasie: 1329).

[89] Zie paragraaf 5.3 en 6.5.

[90] *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 607: 2124.

> ... In het bijzonder had het hof… mede gezien het lijden van mevr. R.-S. en de dringende aanspraak die zij op verdachte heeft gemaakt om haar te laten sterven en de overigens in deze zaak naar voren gekomen omstandigheden, aanleiding behoren te vinden te onderzoeken - zijnde dit bij uitstek de taak van de rechter - of naar wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar de medische ethiek geldende normen, zich een situatie voordeed welke als noodtoestand aangemerkt mocht worden, dan wel de uitvoering van het bewezen verklaarde is geschied onder invloed van een drang waaraan zij geen weerstand behoefde te bieden. [91]

De Hoge Raad verwijst de zaak naar het Gerechtshof Arnhem.[92]

De dubbele berechting van W.

Op 31 december 1983 heeft – daarvan werd gewag gemaakt in paragraaf 5.3 - de huisarts W. een einde gemaakt aan het leven van een 93-jarige vrouw die ernstig psychisch en somatisch lijdt. De vrouw heeft de arts nooit om euthanasie gevraagd maar in een situatie waarin zij ernstig pijn lijdt besluit hij - met haar toestemming - haar in bewusteloze toestand te brengen teneinde alle pijn volledig uit te sluiten.[93] Na gesprekken met familieleden, komt de arts tot de conclusie dat er geen alternatieve behandeling meer is en neemt hij de beslissing, teneinde verder lijden te voorkomen, haar leven te beëindigen. Nadat hij dat gedaan heeft, licht de arts de gemeentelijk lijkschouwer in.

De arts staat een dubbele berechting te wachten. In juni 1985 moest hij zich verantwoorden voor het medisch tuchtcollege. De arts is daar de maatregel van berisping opgelegd. Deze uitspraak is echter in eerste instantie niet bekendgemaakt omdat er nog een behandeling in tweede aanleg zal zijn. Wel heeft het Medisch Tuchtcollege gemeend er goed aan te doen eisen te formuleren waaraan een zorgvuldige euthanasie moet voldoen.[94] In maart 1986 staat de dokter voor de rechtbank Haarlem en in juni 1986 volgt de zitting bij het Centraal Medisch Tuchtcollege. Op 27 februari 1986 schrijven collega's - huisartsen en specialisten uit de streek waar hij zijn praktijk heeft – een brief aan de minister van Justitie waarin zij verzoeken hem niet te vervolgen. Zij schrijven dat hij bekend staat als een bijzonder integer en consciëntieus huisarts, met een uitstekende staat van dienst van dertig jaar. Zij merken op dat op het moment van de levensbeëindiging, de regels, wat betreft het al dan niet

---

91 *Nederlandse Jurisprudentie*, nr. 607: 2124.

92 Van Es en Vroom-Kastelein noemen het arrest van groot belang daar het vervolgingsbeleid inzake euthanasie, de minister van Justitie Korthals Altes bevestigde dat kort daarvoor, bepaald wordt door de jurisprudentiële ontwikkeling. In hun optiek vormt dit arrest een bevestiging van het eerste arrest van de Hoge Raad. Qua vervolgingsbeleid komt het erop neer dat een arts, die zich houdt aan de zorgvuldigheidseisen, in beginsel niet vervolgd zal worden (Van Es en Vroom-Kastelein 1986 Twee actuele casus: 1519). Daarnaast wijzen ze erop dat in het arrest de visie van Enschedé - de medische exceptie - expliciet wordt verworpen. Van Es en Vroom-Kastelein melden nog ten aanzien van Enschedé dat het onwaarschijnlijk is dat de Hoge Raad het afgeven van een verklaring van natuurlijk overlijden bij opzettelijke actieve levensberoving acceptabel zal achten (Van Es en Vroom-Kastelein 1986 Twee actuele casus: 1519). Ook Kelk is blij met de uitkomst dat de medische exceptie verworpen is. Kelk prefereert de oplossing van de noodtoestand boven die van de medische exceptie omdat bij de laatste de arts reeds bijvoorbaat en louter vanwege diens professie categorisch in een uitzonderingspositie wordt geplaatst. Een beroep op noodtoestand daarentegen vergt uit zijn aard meer het geven van openheid en inzicht in de concrete gang van zaken (Kelk 1987: 491).

93 Alle andere soorten behandeling zijn door de patiënte afgewezen.

94 Deze eisen worden verderop in deze paragraaf weergegeven.

geoorloofd toepassen van euthanasie, nog niet zo duidelijk omschreven waren als op het moment van de berechting. [95]

Voor de rechtbank betoogt Sutorius, de advocaat van W., dat de beslissing om in deze zaak tot vervolging over te gaan als zeer onredelijk moet worden aangemerkt. Enerzijds ziet hij het als onredelijk omdat de arts reeds tuchtrechtelijk is vervolgd. Anderzijds meent hij dat waar de samenleving er niet in slaagt het vraagstuk van de euthanasie tot een oplossing te brengen, zij zich zou behoren te onthouden van vervolging van een arts, die zich in zijn handelen uitsluitend heeft laten leiden door zijn goede bedoelingen ten opzichte van zijn patiënte. De rechtbank verwerpt dit impliciet op niet-ontvankelijkheid van de officier van justitie gerichte verweer. De rechtbank is van mening dat het juist in deze materie waar het nog niet mogelijk is gebleken tot een nadere wettelijke regeling te komen, begrijpelijk en aanvaardbaar is dat de officier van justitie tot strafvervolging overgaat in die gevallen waarin hij meent dat niet voldaan is aan de in de rechtspraak ontwikkelde voorwaarden voor "thanatisch handelen".[96]

De officier van justitie meldt dat hij, gezien de thans bestaande strafbepalingen, de handelswijze van W. niet anders dan als moord, subsidiair doodslag kan beschouwen. Hij benadrukt dat het om de juridische kwalificatie gaat. In het normale spraakgebruik hebben deze woorden, in de zin van gewelddadige en doelloze levensberoving, een heel andere betekenis. Verder bestaat er, zo meent hij, in het algemeen geen enkele twijfel over de goede intenties van de arts ten aanzien van zijn patiënte, noch over zijn kwaliteiten als huisarts.[97] Sutorius stelt dat er wel sprake is geweest van een ernstig en uitdrukkelijk verlangen in de zin van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht. De rechtbank echter acht het noch bewezen, noch aannemelijk dat bij de patiënte sprake was van een dergelijk verlangen. De rechtbank meent dat het zelfs niet onaannemelijk is dat mevrouw tegen een actieve ingreep gekant was.[98]

Sutorius doet verder een beroep op de noodtoestand. W. heeft gehandeld in een situatie die naar objectief medisch inzicht levensbeëindiging rechtvaardigt. Ook dit verweer wordt verworpen. Het is in de ogen van de rechtbank niet aannemelijk geworden, dat de patiënte in een zodanig situatie verkeerde dat de arts, naar objectief medisch inzicht, geen andere keuze had.[99] In dit verband merkt de rechtbank op dat, juist bij het bepalen van mogelijke alternatieven en het afwegen daarvan, collegiaal overleg een wezenlijk element in het gehele besluitvormingsproces had kunnen vormen. Ten overvloede voegt de rechtbank hier nog aan toe dat W. zichzelf in de door hem als noodtoestand geschetste situatie heeft gebracht.[100]

Sutorius doet ook een beroep op de medische exceptie. Hij meent dat het beroepsrecht van de arts met zich meebrengt dat hij eerst dan strafbaar is, wanneer de motieven die aan zijn optreden ten grondslag liggen, niet meer van medische aard zijn en hij de regels van zijn beroep getreden heeft. Aangezien de arts, ook al kleven aan zijn handelen wellicht

---

95 Enthoven 1988: 164.

96 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1986: 222-223.

97 Enthoven 1988: 166-167.

98 *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 287: 1051. Om dezelfde reden moet het in dit verweer besloten liggende beroep op strafvermindering worden verworpen, aldus de rechtbank.

99 Als mogelijke alternatieven noemt de rechtbank: de patiënte bij bewustzijn laten komen en met haar bespreken wat er moet gebeuren, danwel de patiënte bewusteloos houden en rustig laten overlijden. Geen van beide alternatieven behoefde te leiden tot haar (verdere) ontluistering of tot verergering van haar lijden, meent de rechtbank.

100 *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 287: 1051-1052.

onzorgvuldigheden, bedoelde grenzen niet heeft overschreden, dient hij van rechtsvervolging te worden ontslagen. Ook dit verweer wordt verworpen. Voorop wordt gesteld dat, naar geldend recht, de door de raadsman voorgestane interpretatie van de medische exceptie niet erkend kan worden. Deze erkenning brengt immers met zich mee dat het medisch handelen van de arts in beginsel buiten de werking van de strafwet valt. Bovendien, zo meent de rechtbank, heeft de arts zich schuldig gemaakt aan zodanige overschrijding van medisch aanvaarde normen, dat hem door het medisch tuchtcollege de maatregel van berisping is opgelegd. Daarmee zou een beroep op de medische exceptie reeds stranden.[101]

W. wordt dus strafbaar bevonden aan moord. De rechtbank erkent weliswaar dat iedere associatie ontbreekt met het begrip moord zoals dat in de normale omgangstaal wordt gebezigd, en dat in het proces is komen vast te staan dat de arts heeft gehandeld uit mededogen voor, en in het oprecht vermeende belang van zijn patiënte, maar meent desalniettemin dat de handelwijze van de arts de toets der kritiek niet doorstaat. Kern van het verwijt is dat de arts zich onvoldoende rekenschap heeft gegeven van het essentieel verschil tussen de kenbaar gemaakte wens, dat het leven ten einde zal lopen, en het uitdrukkelijke verzoek dat het leven door een actieve ingreep beëindigd wordt.

Bij het bepalen van de strafmaat houdt de rechtbank er rekening mee dat de arts zijn handelen in alle openheid ter toetsing naar buiten heeft gebracht, terwijl hij voorts zijn volle medewerking heeft gegeven aan het langdurige en voor hem ongetwijfeld zeer belastende onderzoek. De rechtbank veroordeelt W. tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van een week met een proeftijd van zes maanden.[102] Strafrechtelijk is dit het eindvonnis in deze zaak; noch W., noch het Openbaar Ministerie gaat in hoger beroep.

W.'s zaak is in 1985 voor het medisch tuchtcollege geweest. Het oordeel van het tuchtcollege is niet gepubliceerd maar wel zijn opvattingen over de criteria waaraan in zijn optiek voldaan moet worden, wil er sprake zijn van een tuchtrechtelijk verantwoorde euthanasie. Het college is van mening dat voor het honoreren van een verzoek om euthanasie, allereerst dient vast te staan dat de prognose *infaust* is. Er zal bovendien sprake moeten zijn van een door de patiënt als ondraaglijk ervaren lijden en/of door de patiënt als volkomen uitzichtloos ervaren levenssituatie, terwijl andere mogelijkheden tot het dragelijk maken daarvan zijn uitgeput. Voorts zal de patiënt uitdrukkelijk en ernstig – als een vrije en duurzame wilsbeschikking – zelf het verzoek moeten doen, zich bewust van de draagwijdte ervan. De arts dient zich te behoeden van een al te eenzijdig uitgaan van tevoren opgestelde levenstestamenten of euthanasieverklaringen; hij zal, in zo mogelijk meer dan één gesprek met de patiënt diepgaand overleg moeten voeren en vervolgens, te rade gaande bij het eigen geweten, met grote zorgvuldigheid de zich in ieder concreet geval voordoende diverse aspecten tegen elkaar moeten afwegen. Heeft tenslotte de arts voor zichzelf de beslissing genomen tot inwilliging van het verzoek, dan zal hij die beslissing alvorens tot uitvoering over te gaan, moeten toetsen aan het oordeel van tenminste één

---

101 *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 287: 1052. Sutorius stelt in zijn pleidooi de negatieve effecten van deze vervolging aan de orde. Het verbaast hem niet dat artsen zich tweemaal bedenken bij het invullen van een overlijdensverklaring, indien zij in een geval van mogelijke onzorgvuldigheid kunnen verwachten dat zij én een strafrechtelijke én een tuchtrechtelijke procedure moeten doorlopen. Hij vreest dat deze dokter voorlopig de laatste arts zal zijn geweest, die de moed heeft gehad een overlijdensverklaring naar waarheid in te vullen. Dat zal dan het effect zijn van de - naar hij begrepen heeft door de minister van Justitie persoonlijk genomen - beslissing tot vervolging van deze dokter. Dat is ook het effect van uitblijven van wetgeving: een ontoetsbare euthanasiepraktijk zoals voorheen (Enthoven 1988: 171).

102 *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 287: 1053.

collega-arts, die tot dan toe nog niet bij de problematiek van de patiënt betrokken is geweest en die met deze geen emotionele banden heeft. Per geval zal moeten worden bezien in hoeverre overleg met naaste familieleden en anderen wenselijk of nodig is. Bovendien is volgens het tuchtcollege nauwkeurige verslaglegging van de ziektegeschiedenis noodzakelijk. Er mag geen overlijdensverklaring worden ingevuld en de gemeentelijk lijkschouwer moet terstond worden gewaarschuwd. Indien mogelijk moet de arts die de euthanasie heeft toegepast, bij de schouw aanwezig zijn om inlichtingen te verstrekken.[103]

In juni 1986 komt W.'s zaak voor het Centraal Medisch Tuchtcollege. Hem wordt verweten dat hij onzorgvuldig en slecht overwogen gehandeld heeft. W. erkent bijna alle hem verweten feiten. De klacht wordt wat betreft deze feiten gegrond verklaard. Het oordeel van het Centraal Medisch Tuchtcollege is dat W. zeer onzorgvuldig heeft gehandeld en zich schuldig heeft gemaakt aan ondermijning van het vertrouwen in de stand der geneeskunde. Gelet op de persoon van W. en alle omstandigheden, kan volgens het Centraal Medisch Tuchtcollege volstaan worden met de oplegging van de maatregel van berisping.[104]

Het Centraal Medisch Tuchtcollege wil ook nog iets kwijt over het feit dat het Medisch Tuchtcollege gemeend heeft voorwaarden ten aanzien van zorgvuldige euthanasie te moeten formuleren en publiceren. In de optiek van het college behoort het niet tot de taak van een tuchtcollege om dergelijke voorwaarden te formuleren anders dan wanneer deze naar aanleiding van een klacht ter discussie staan, hetgeen hier niet het geval was.[105]

In de zaak W. wordt duidelijk gemaakt dat het verzoek een *conditio sine qua non* is bij euthanasie. Bovendien wordt in deze zaak inzicht gegeven in de tuchtrechtelijke beoordelingsnormen voor euthanasie. Deze criteria komen in grote mate overeen met die van de jurisprundentie en die van de KNMG, zij het dat er expliciet verwezen wordt naar de eventuele wenselijkheid van overleg met de naaste familie.

Gerechtshof 's-Gravenhage en het Medisch Tuchtcollege over 'De Terp'

In de herfst van 1986 dient de zaak tegen de arts van 'De Terp' in hoger beroep voor het Gerechthof in Den Haag.[106] De raadsman - Spong - voert aan dat het schriftelijk bewijs bestaande uit de patiëntenkaarten en de verpleegkundige rapportage, onrechtmatig is verkregen. Aangezien dit materiaal het beginpunt en de leidraad voor het vergaren van het overige bewijs vormt, dienen de overige bewijsmiddelen eveneens te worden beschouwd als onrechtmatig verkregen. De consequentie die daaraan verbonden moet worden, is dat de dokter van alle hem ten laste gelegde feiten moet worden vrijgesproken.

Uit de bewijsstukken die Spong naar voren brengt, blijkt dat twee verpleegsters van de GG en GD die op zoek waren naar bewijzen van diefstal van patiënten, patiëntenkaarten van overleden patiënten mee hebben genomen. Tegen een daarbij aanwezig personeelslid hebben zij gezegd dat het een inspectiebezoek betrof. Dit personeelslid heeft aanvankelijk geweigerd de stukken, die de medische gegevens betreffen, mee te geven, maar is daar daarna onder protest wel mee akkoord gegaan. Toen de verdenkingen inzake de levensbeëindiging rezen, is besloten tot samenwerking tussen geneeskundige autoriteiten en de politie. In dat kader zijn de 'A-verklaringen' – de verklaringen van natuurlijk overlijden

[103] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1986: 367-368.
[104] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1987: 51-54.
[105] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1987: 53.
[106] Zie voor de eerdere behandeling paragraaf 6.5.

- overhandigd en rees het vermoeden, dat de arts valse overlijdensverklaringen had opgemaakt. Naar aanleiding hiervan werden nog meer patiëntengegevens opgehaald bij 'De Terp' en is een onderzoek ingesteld in de afgesloten bureauladen van een verpleegkundige die samen met de dokter verdacht wordt.

Het volgende wordt overwogen:

> Voor zover de zusters L. en K. zich op 25 febr. 1985 naar de Terp begaven in verband met het toezicht op de naleving van de Wet op de bejaardenoorden waren zij slechts bevoegd tot het van de houder van de Terp ontvangen van inlichtingen welke zij voor de uitoefening van hun taak behoefden en het nemen van inzage van bescheiden die voor hun taak van belang konden zijn. ... Tot het onder zich nemen – laat staan tegen de wil van J, niet zijnde de houder van de Terp – waren zij onbevoegd. Evenmin waren zij als bijzondere opsporingsambtenaren bevoegd tot inbeslagneming, aangezien het geen ontdekking op heterdaad van overtredingen van de Wet op de bejaardenoorden betrof. Reeds op die grond is het thans voorliggende toen meegenomen schriftelijke bewijsmateriaal onrechtmatig verkregen.[107]

Ook de tijdens het latere bezoek meegenomen zaken hadden niet in beslag genomen mogen worden. Het Gerechtshof is van oordeel dat het schriftelijke bewijsmateriaal dient te worden aangemerkt als onrechtmatig verkregen. Hetzelfde geldt voor het overige bewijsmateriaal. Het hof vernietig het vonnis, verklaart niet bewezen hetgeen de verdachte ten laste is gelegd en spreekt hem daarvan vrij.[108]

In het najaar van 1987 moet de arts van 'De Terp' zich verantwoorden voor het Medisch Tuchtcollege.[109] De inspecteur van de volksgezondheid heeft een klacht ingediend. Hij stelt dat de arts zich schuldig heeft gemaakt aan twee zaken. Ten eerste heeft hij het leven van een aantal patiënten beëindigd zonder dat is voldaan aan de voorwaarden die aan een vanuit medisch oogpunt toelaatbare levensbeëindiging moeten worden gesteld. En ten tweede heeft de arts zich schuldig gemaakt aan het afgeven van valse verklaringen van overlijden. Als voorwaarden voor zorgvuldige levensbeëindiging noemt de inspecteur: uitdrukkelijk verzoek, diepgaand en herhaald overleg met patiënt, consultatie van een andere, onafhankelijke arts, en uitgebreide medische verslaglegging. De arts heeft de

[107] *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 609: 2138.

[108] *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 609: 2139. De advocaat-generaal Feber noemt het jammer dat het hof niet – zoals de rechtbank – is toegekomen aan een inhoudelijke beoordeling van de feiten zelf.

[109] Het hoofdbestuur van de KNMG meent dat alhoewel dubbele toetsing strikt naar de letter van de wet mogelijk is, er toch vragen bij kunnen worden geplaatst. Het hoofdbestuur pleit ervoor in die gevallen van het medisch handelen, dat er aanleiding is om een tuchtrechtelijke en/of strafrechtelijk toetsing te overwegen, in een zo vroeg mogelijk stadium overleg te doen plaatsvinden tussen het Openbaar Ministerie en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid over de vraag welke rechtsgang het meest geëigend is. Dit overleg dient bij voorkeur zo spoedig mogelijk tot een beslissing te leiden. Het hoofdbestuur vindt in het algemeen dat er gekozen moet worden tussen een strafrechtelijke óf tuchtrechtelijke weg. Als er overigens sprake is van ernstig strafwaardig gedrag, verdient een strafrechtelijke toetsing de voorkeur, zo meent het hoofdbestuur. Theoretisch is het mogelijk dat bij een strafrechtelijke toetsing niet de inhoud van het medisch handelen ter beoordeling staat, maar alleen de schending van de strafrechtelijke norm, bijvoorbeeld bij het afgeven van een valse verklaring van overlijden. In een dergelijk geval kan er wel reden zijn tot aparte tuchtrechtelijke toetsing van het medisch handelen. Omdat dubbele rechterlijk toetsing bij euthanasie en/of levensbeëindigend handelen in beginsel altijd mogelijk is, vergt het hiervoor weergegeven dilemma naar de mening van het hoofdbestuur nadere bezinning (KNMG 1987 Commentaar: 204).

gestelde voorwaarden niet bestreden. In het bijzonder heeft hij toegegeven dat hij niet heeft voldaan aan de vereiste verslaglegging.

Het tuchtcollege verenigt zich met de stelling van de inspecteur dat de genoemde voorwaarden gesteld moeten worden bij euthanasie. Aan deze voorwaarden heeft de arts in meerdere opzichten niet voldaan. Het gaat hierbij ten eerste om de vraag of de uitingen van de patiënten met recht als een verzoek om het leven te beëindigen werden opgevat. Hierover bestaat serieuze twijfel. Van enig diepgaand of herhaald overleg met de patiënt in kwestie is niet gebleken. Verder is het overleg met een andere arts onvoldoende uit de verf gekomen. Ook aan de voorwaarde omtrent verslaglegging is niet voldaan. Hieruit volgt dat de klacht gegrond is. De klacht omtrent de overlijdensverklaring wordt gegrond verklaard in drie van de vier gevallen.[110]

Naar het oordeel van het Medisch Tuchtcollege heeft de arts zich schuldig gemaakt aan handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen. De gebleken handelingen moeten de arts ernstig worden aangerekend. Het college meent dat de klachten van zo ernstige aard zijn dat het zonder meer gerechtvaardigd zou zijn om de arts gedurende een aantal maanden te schorsen in de uitoefening van de geneeskunst. Gezien het feit dat de arts in het kader van de strafprodecure enige maanden gedetineerd is geweest, gezien de belasting van de grote publiciteit die de zaak begeleidde, en gezien het feit dat de arts heeft laten weten in de toekomst niet meer zo te zullen handelen, volstaat het Medisch Tuchtcollege met het opleggen van een berisping.[111]

7.4 VERPLEEGKUNDIGEN EN EUTHANASIE

Niet alleen artsen zijn beroepsmatig betrokken bij levensbekortend handelen maar ook verpleegkundigen en verzorgenden. Het meest in het oog springende voorbeeld is de verpleegkundige die werkte bij de dokter van ‘De Terp’.[112] In de periode 1986-1989 spelen zich twee rechtszaken af die betrekking hebben op verpleegkundigen en euthanasie. De eerste betreft een ziekenverzorgende waarvan in 1986 – het wetgevingsdebat over het voorstel Wessel-Tuinstra en de ‘Proeve’ was net begonnen – bekend werd dat hij een einde heeft gemaakt aan het leven van een aan hem toevertrouwde pupil.[113] In januari 1987 lekt uit dat een aantal verpleegkundigen in het VU-ziekenhuis in Amsterdam een einde gemaakt hebben aan het leven van patiënten in coma. Met name deze laatste rechtszaak maakt duidelijk dat de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen en verzorgenden verbetering behoeft. Een handschoen die wordt opgenomen door organisaties van verpleegkundigen en verzorgenden in samenwerking met de KNMG.

---

[110] In een van de vier gevallen is de patiënt, zo werd in paragraaf 6.5 vermeld, waarschijnlijk overleden aan een longembolie.

[111] De inspecteur heeft verzocht de beslissing in het openbaar uit te spreken en bekend te maken op de gebruikelijke manier. De arts heeft zich tegen deze verzoeken niet verzet en het college acht het in verband met het algemeen belang gepast dit te doen (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1988: 111-118); ook in *Medisch Contact* 1988: 339-342). Laatstgenoemd blad laat weten dat noch de arts, noch de inspecteur in hoger beroep is gegaan.

[112] In paragraaf 6.5 is vermeld dat deze verpleegkundige ontslagen is en dat er een justitieel onderzoek naar hem is begonnen, dat nooit geleid heeft tot een rechtszaak. Verpleegkundigen hebben zich toen georganiseerd en een zwartboek geschreven.

[113] In het tehuis ging men er in eerste instantie van uit dat de patiënt een natuurlijke dood was gestorven. De volgende dag bekende de ziekenverzorgende aan de directeur dat hij de neus van de patiënt zo lang had dichtgehouden dat deze stikte. De directie schakelde de politie in (Enthoven 1988: 214).

De zaak van de ziekenverzorgende

De ziekenverzorgende die in februari 1986 het leven van een van zijn pupillen beëindigd heeft, staat in maart 1987 wegens moord terecht voor de rechtbank Rotterdam. De man doet een beroep op overmacht in de vorm van psychische overmacht en in de vorm van noodtoestand.

Wat betreft de noodtoestand zegt de rechtbank dat iemand slechts dan verkeert in een noodtoestand - in de zin van conflict van plichten - indien hij gedwongen is een keuze te maken uit twee, op hem rustende, conflicterende plichten. In zo'n situatie verkeerde de man niet. Op hem rustte - als ziekenverzorgende - enerzijds wel de plicht het leven van zijn patiënt niet te beëindigen, doch anderzijds niet de plicht zelfstandig - zonder opdracht van een arts - maatregelen ter leniging van de nood van zijn patiënt te nemen die gevaar voor de patiënt met zich meebrachten. Ook het beroep op noodtoestand-exces faalt volgens de rechtbank.

De rechtbank acht de man strafbaar maar heeft oog voor de omstandigheden waaronder de man zijn werk moest verrichten. Uit een rapport van een deskundige blijkt dat de man bovendien verminderd toerekeningsvatbaar is. Hij wordt veroordeeld tot een gevangenisstraf van twaalf maanden waarvan zeven voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar.[114]

In hoger beroep worden de gronden overgenomen maar wordt de man veroordeeld tot 10 weken gevangenisstraf.[115] Aan de overwegingen ten aanzien van de straf voegt het hof toe:

> Het vonnis van de rechtbank heeft voor de man verstrekkende gevolgen gehad. Als gevolg van de publiciteit waarmee het proces was omringd, heeft hij zijn werk verloren. De uitspraak van het vonnis heeft hem, zowel geestelijk als lichamelijk ernstig aangegrepen. Hij is ook thans werkloos en hij zal naar het zich laat aanzien niet binnen afzienbare tijd werk weten te krijgen.[116]

De zaak van de verpleegkundigen van het VU-ziekenhuis

Vier verpleegkundigen van het VU-ziekenhuis staan in maart 1988 voor de rechter. Hen wordt ten laste gelegd dat ze drie patiënten in coma het leven hebben benomen. De verpleegkundigen doen een beroep op noodtoestand. Er is sprake van een conflict van plichten, omdat zij in hun taak van het verlichten van het lijden van de patiënt genoodzaakt waren een einde aan het leven van deze patiënten te maken. De rechtbank verwerpt dit beroep daar het beëindigen van het leven naar verantwoord verpleegkundig inzicht, getoetst aan de in de verpleegkundige ethiek geldende normen niet past in het beroep van de verpleegkundige. Het toedienen van geneesmiddelen op eigen initiatief is een handeling die een verpleegkundige nooit mag verrichten.

Verder doen de verpleegkundigen een beroep op gewetensdrang. Ten aanzien van dit verweer meent de rechtbank dat op grond van wet, jurisprudentie en beleid van het Openbaar Ministerie het op actieve wijze beëindigen van het leven van comateuze patiënten, zonder een daaraan voorafgaand uitdrukkelijk verzoek van de patiënt zelf, niet

---

114 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1988: 1389-1391. De officier had ook om ontzetting uit het beroep gevraagd, maar dat was volgens de rechtbank niet mogelijk en ook niet nodig.

115 Dat is gelijk aan het voorarrest.

116 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1989: 108.

toegelaten is. Daar het hier verpleegkundigen betreft die wisten dat actieve levensbeëindiging bij comapatiënten niet geoorloofd is, die bovendien werkten op de afdeling waar in verhouding veel comapatiënten zijn en waar verhoudingsgewijs zwaardere gevallen behandeld worden, mocht van hen verwacht worden dat zij de druk waaraan zij bloot stonden, zouden weerstaan.

De verpleegkundigen worden veroordeeld tot gevangenisstraffen variërend van twee tot zes maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar.[117] Tot de straf van zes maanden voorwaardelijk[118] komt de rechtbank op grond van de volgende afweging. Van de ene kant werden de verpleegkundigen in hun werk geconfronteerd met medische behandelingsmethoden die het leven verlengden van patiënten waarvan genezing uitgesloten was, en van de andere kant waren de omstandigheden waarin zij moesten werken verre van optimaal. Zo ontbrak op de afdeling regelgeving omtrent de levensbeëindiging van comateuze patiënten en was het staken van een behandeling er niet bespreekbaar. Verder werden de verpleegkundigen onvoldoende begeleid in hun zware taak. Tegenover dat laatste staat dat de verpleegkundigen van hun kant onvoldoende stappen ondernomen om meer begeleiding te krijgen. De rechtbank is ervan overtuigd dat de verpleegkundigen tot hun handelen werden bewogen door een emotionele betrokkenheid bij de patiënten.[119]

De rol van de verpleegkundigen bij euthanasie

Opnieuw is duidelijk geworden dat de positie van verpleegkundigen nog heel wat discussie behoeft. De zaak van de VU-verpleegkundigen en de betrokkenheid van een verpleegkundige bij de zaak ‘De Terp’ maken dat de positie van deze beroepsgroep uitgebreider bediscussieerd gaat worden. Alhoewel sommige mensen menen dat de desbetreffende verpleegkundigen beter hadden moeten weten[120], vinden anderen het onrechtvaardig dat verpleegkundigen – anders dan artsen – al ontslagen worden voordat onomstotelijk vaststaat dat ze schuld hebben.[121]

De KNMG neemt samen met ‘Het Beterschap’ de handschoen op en publiceert in 1987 richtlijnen inzake euthanasie voor verpleegkundigen.[122] De organisaties zien als taak van de verpleegkundigen: het signaleren van de hulpvraag en een bijdrage in de besluitvorming, waarbij aangetekend wordt dat de beslissing bij de arts ligt. Euthanasie, daar zijn de organisaties expliciet over, is juridisch gesproken een niet te delegeren handeling, een verpleegkundige mag er dan ook niet mee belast worden. De organisaties zijn er duidelijk

---

[117] Enthoven 1988: 239.

[118] Voor de verpleegkundige die bij alle drie de bewezen verklaarde gevallen van levensbeëindiging betrokken was geweest.

[119] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1988, nr. 65: 434-438. Het Openbaar Ministerie besluit niet in hoger beroep te gaan omdat de rechtbank de stellingname van het Openbaar Ministerie heeft gehonoreerd met dien verstande dat zij lagere straffen oplegde dan was gevraagd (de eisen variëerden van drie maanden voorwaardelijk tot zes maanden onvoorwaardelijk). Het verschil in strafmaat rechtvaardigde het aantekenen van appel, naar het oordeel van het Openbaar Ministerie, niet (*Handelingen Eerste Kamer 1987-1988, Aanhangsel*, nr. 30). Enthoven meldt dat tijdens de behandeling van de zaak spanningen op de afdeling waar de verpleegkundigen werkten aan het licht kwamen. Het hoofd van de afdeling zou tegen elke vorm van levensbekorting zijn en er zou zelfs geen gesprek over het onderwerp met hem mogelijk zijn.

[120] Stolker wijst er bijvoorbeeld op dat in het VU-ziekenhuis een euthanasieprotocol bestaat waaraan de verpleegkundigen voorbij zijn gegaan (Stolker 1987).

[121] Van Aller 1987.

[122] ‘Het Beterschap’ had in 1985 al een brochure met richtlijnen geschreven (vermeld in paragraaf 6.5).

over: als een verpleegkundige of verzorgende zelfstandig tot euthanasie overgaat zelfs als zij daarbij dezelfde, zorgvuldigheidseisen hanteert als de arts, zal het Openbaar Ministerie zeker tot vervolging overgaan.[123]

Een paar jaar later zal de KNMG met een andere organisatie van verpleegkundigen – Nieuwe Unie 1991 – overeenstemming bereiken over een nieuwe versie van de richtlijnen.[124] Ook dan wordt gesteld dat euthanasie voorbehouden is aan artsen.

7.5 INFORMATIE OVER DE PRAKTIJK VAN EUTHANASIE

In deze periode is de praktijk van euthanasie onderwerp van enkele kleine onderzoeken. Bij een nascholingscursus voor artsen wordt een enquête gehouden. Van de 63 geënqueteerden blijken er twee onder geen enkele voorwaarden bereid tot het uitvoeren van ‘actieve euthanasie’. Van deze artsen hebben er 54 in de afgelopen twee jaar ‘euthanasie’ toegepast, waarvan het merendeel meer dan eens.[125] Wat betreft de zorgvuldigheidseisen zeggen 41 altijd een andere arts te consulteren. Uit de discussie onder de geënqueteerde artsen blijkt dat onderlinge toetsing inzake de voorgenomen uitvoering van ‘euthanasie’ wordt ervaren als een bijdrage aan de zorgvuldigheid van het handelen. De artsen geven er blijk van onzeker te zijn over de juiste techniek voor het toepassen van ‘euthanasie’. In de discussie wordt gepleit voor meer openheid ten aanzien van levensbeëindiging. Deze openheid mag echter niet leiden tot een criminaliserende sfeer. Een sfeer die tot nu toe volgens deze artsen wel bestaat.[126]

Een onderzoekje in Den Haag werpt enig licht op de verzoeken om euthanasie en de reactie daarop van artsen. De onderzochte 25 huisartsen zijn 17 maal geconfronteerd met een verzoek om euthanasie.[127] In bijna de helft van de verzoeken betreft het mensen met kanker. Drijfveren voor de verzoeken zijn: uitzichtloosheid van het lijden, pijn, angst en benauwdheid. Van de 17 verzoeken zijn er 9 ingewilligd. Van de overige 8 heeft de arts in 2 gevallen besloten het verzoek te honoreren, maar is de patiënt overleden voordat het euthanaticum is toegediend.[128]

Niet alle artsen beschikken over een netwerk waarin de door hen gewenste consultatie kan plaatsvinden. Uit een interview met Cohen - een zogenaamde ‘vertrouwensarts’ van de NVVE[129] - blijkt dat hij zo’n drie keer per week in die hoedanigheid wordt opgebeld. Cohen

---

123 KNMG en ‘Het Beterschap’ 1987.

124 KNMG 1992.

125 Van der Werf 1986. Door de 63 cursisten is de afgelopen twee jaar ongeveer 90-maal ‘euthanasie’ uitgevoerd; voor heel Nederland zou dit betekenen 5000 gevallen van actieve levensbeëindiging per jaar.

126 Van der Werf 1986. De hoofdofficier van justitie in de regio was bij de bespreking aanwezig.

127 Oliemans en Nijhuis 1986: 691.

128 Extrapolatie van deze cijfers levert op dat in ongeveer 2% van alle sterfgevallen euthanasie door een (Haagse) huisarts wordt toegepast (Oliemans en Nijhuis 1986: 691).

129 Bijna vanaf het ontstaan van de NVVE zijn er artsen die aangeboden hebben behulpzaam te willen zijn in geval er bij iemand problemen ontstaan betreffende een euthanasie. Deze bijstand kan bestaan uit het informeren van collega’s maar ook uit het bijstaan van patiënten die dood willen maar een onwillige arts treffen. De ‘vertrouwensartsen’ proberen in een dergelijke situatie te bemiddelen tussen patiënt en arts. Soms gaan ze over – zo blijkt begin jaren negentig - tot meer actieve hulp bij levensbeëindiging. In een paar gevallen leidt dit tot rechtszaken. Deze rechtszaken zijn beschreven in paragraaf 9.2.

stelt zich als vertrouwensarts dag en nacht beschikbaar om artsen, die met problemen rond het vraagstuk van de euthanasie zitten, op te vangen en eventueel te helpen.[130]

Ook persoonlijke ervaringen van artsen worden gepubliceerd. Spreeuwenberg stelt dat hij ‘geëigend’ sterven mogelijk wil maken.[131] Opnieuw onderstreept hij dat de vraag om levensbeëindiging moet worden opgenomen in de gehele stervenshulp. Hij acht vrijwilligheid belangrijk maar meent dat in enkele gevallen - hij denkt daarbij aan sommige pasgeborenen - onvrijwillige levensbeëindiging mogelijk moet zijn. Euthanasie komt in zijn optiek niet vaak voor. Redenen die hij zelf opgeeft voor euthanasie zijn benauwdheid, de onmogelijkheid om voedsel en drinken op te nemen, pijn en een langdurig stervensproces met veel geestelijk leed. Spreeuwenberg ondervindt geen technische problemen bij het toepassen van euthanasie. Hij heeft een voorkeur voor een langzame methode en hij laat de euthanasie het liefst ‘s avonds plaatsvinden. Spreeuwenberg vult steeds een verklaring van natuurlijk overlijden in en motiveert dat door te stellen dat de dood hoe dan ook spoedig ingetreden zou zijn. Het aangeven van euthanasie leidt in zijn optiek tot onvoorspelbaar gedrag bij justitiële autoriteiten. Spreeuwenberg meent dat een arts formeel zijn handelen moet verantwoorden en hij bepleit in dit verband intercollegiale toetsing. De justitiële weg acht hij minder geschikt.[132]

7.6 Politieke ontwikkelingen

Het kabinet

Naar aanleiding van het advies van de Raad van State over het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra en de ‘Proeve’, besluit het kabinet te bezien of de geadviseerde beperkte wetgeving tot stand kan worden gebracht.[133] Ter voorbereiding daarvan vraagt het kabinet op 30 januari 1987 advies aan bij de Gezondheidsraad over de zorgvuldigheidseisen. De gedachte is deze zorgvuldigheidseisen op te nemen in de Wet regelende de Uitoefening der Geneeskunst (WUG). Het kabinet wil de strafbaarheid van euthanasie in het Wetboek van Strafrecht ongewijzigd laten maar wil er een artikel in opnemen waarin een relatie gelegd wordt tussen artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht en de zorgvuldigheidseisen in de WUG. Aan de vergadering van procureurs-generaal wordt om advies gevraagd omtrent de geadviseerde aanvulling van het Wetboek van Strafrecht met een bepaling betreffende de

---

[130] Van Aken 1986: 81-87.

[131] Spreeuwenberg 1986 *Verantwoorde levensbeëindiging* : 13.

[132] Spreeuwenberg 1986 *Verantwoorde levensbeëindiging* : 17-23. Andere ervaringen zijn te vinden bij Vissel en Van Ree. Vissel (algemeen chirurg) doet verslag van een “bijzonder geval van euthanasie”. Het betreft hier niet zozeer actieve levensbeëindiging maar een dood ten gevolge van ophouden met eten en drinken (Vissel 1986). De psychiater Van Ree vermeldt dat hij in het verleden wel eens hulp bij zelfdoding heeft verleend aan een lichamelijk gezonde patiënt met psychisch lijden. Hij heeft daarvan toen het Openbaar Ministerie en de KNMG in kennis gesteld en de zaak is geseponeerd. Hij wil dergelijke hulp scheiden van euthanasie als vorm van stervensbegeleiding. Waar hij in de laatstgenoemde situatie de mening onderschrijft dat het verlangen van de patient het uitgangspunt moet zijn van medisch handelen, meent hij dat ten aanzien van een verzoek om actieve doding bij psychisch lijden de onverminderde strafbaarheid en het opportuniteitsbeginsel de leidende principes moeten zijn (Van Ree 1986).

[133] De Raad van State had geadviseerd in het Wetboek van Strafrecht een bepaling op te nemen waarin omschreven staat wat niet onder ‘euthanasie’ verstaan wordt en een artikel waarin een relatie wordt gelegd tussen zorgvuldigheidseisen en overmacht in de vorm van noodtoestand in geval van euthanasie. Verder meende de Raad van State dat het goed zou zijn om de zorgvuldigheidseisen in een andere wet vast te leggen (zie paragraaf 6.1).

handelingen die niet als levensberoving in de zin van dat wetboek dienen te worden aangemerkt en over een verandering in de verklaring van overlijden opdat euthanasie als zodanig (en niet als een 'niet-natuurlijke dood') gemeld kan worden.[134]

De Tweede Kamer

In het verslag van de vaste commissies blijkt dat D66, PvdA, PPR, PSP bezwaar aantekenen tegen wat door hen gezien wordt als een politiek van uitstel. Kohnstamm (D66) wil de regering tot haast spoeden. Hij stelt voor om de regering te verzoeken binnen drie maanden na het advies van de Gezondheidsraad met een wetsvoorstel over euthanasie te komen. De ministers Korthals Altes en Brinkman beloven dat ze voortvarend zullen handelen maar binden zich niet echt aan een termijn. Ze denken dat het mogelijk moet zijn het wetsvoorstel binnen een termijn van drie maanden na het uitbrengen van het advies van de Gezondheidsraad in te dienen.[135]

De hierboven genoemde partijen, aangevuld met SGP en GPV, vrezen dat de rechtszekerheid niet gediend is met het nieuwe voorstel van de regering en verzetten zich tegen het opnemen van een 'negatieve begripsbepaling' in het Wetboek van Strafrecht. Tenslotte menen sommige van hen dat artikel 40 geweld wordt aangedaan in de voorgestelde constructie doordat er een heel systeem aan wordt opgehangen terwijl het artikel bedoeld is voor heel bijzondere gevallen.

De standpunten van de regeringspartijen lopen uiteen. Het CDA stelt kort en bondig dat zijn standpunt sedert februari van het jaar daarvoor niet veranderd is, met andere woorden: het CDA wil geen legalisering van euthanasie. De VVD toont zich tevreden dat het kabinet nu - anders dan in 1986 - meent dat het indienen van een wetsvoorstel gewenst is.

Het is met name de positie van het CDA die door andere partijen besproken wordt. Zo denkt de PPR te kunnen concluderen dat het CDA door de bocht is maar de voorgestelde vorm nodig heeft om dat te maskeren. Het GPV vraagt zich af of er niet sprake is van symboolwetgeving wanneer men "met de heer Borgman [constateert] dat het positief is dat euthanasie op grond van het Wetboek van Strafrecht strafbaar blijft". Het strafbaar stellen zegt niets, zo meent het GPV, het gaat om de vraag "of er feitelijk gestraft zal worden in de gevallen waarin onverhoopt toch euthanasie wordt toegepast."[136]

De Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad zet er vaart achter. Reeds op 26 maart 1987 brengt een commissie van de Gezondheidsraad advies uit over de in de adviesaanvrage geformuleerde

---

[134] *Handelingen Tweede Kamer 1986-1987, Bijlagen*, 19 359, nr. 4.
[135] *Handelingen Tweede Kamer 1986-1987, Bijlagen*, 19 359, nr. 7.
[136] *Handelingen Tweede Kamer 1986-1987, Bijlagen*, 19 359, nr. 6: 8.

zorgvuldigheidseisen.[137] De commissie komt tot de volgende redactie van de zorgvuldigheidseisen[138]:

1. De geneeskundige heeft aan de patiënt voorlichting gegeven over de situatie waarin deze zich bevindt en omtrent het te verwachten beloop en de eventuele mogelijkheden tot beïnvloeding daarvan.
2. De geneeskundige is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat de patiënt zijn verzoek tot levensbeëindiging heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid en na zorgvuldige overweging.[139]
3. Indien de patiënt niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordien een schriftelijk verzoek om levensbeëindiging heeft gedaan, mag op deze verklaring acht worden geslagen als uitdrukking van de wil van de patiënt, mits de geneeskundige de overtuiging heeft dat deze verklaring is afgelegd na zorgvuldige afweging en in vrijwilligheid en dat er voor de noodsituatie waarin de patiënt zich bevindt geen andere oplossingen zijn.
4. De geneeskundige moet een geneeskundige hebben geraadpleegd die geacht kan worden tot het geven van een onafhankelijk oordeel in staat te zijn.
5. De geneeskundige legt de feitelijke gang van zaken vast in een schriftelijk verslag waarin tenminste zijn vermeld:
a. de feiten en omstandigheden bedoeld onder 1 t/m 3
b. de naam en de zienswijze van de door hem geraadpleegde andere geneeskundige.
Dit verslag moet gedurende vijf jaar worden bewaard.[140]
6. Indien de patiënt de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt, neemt de geneeskundige geen beslissing omtrent het verzoek tot levensbeëindiging, alvorens hij met de patiënt de vraag heeft besproken of deze er een overwegend en gefundeerd bezwaar tegen heeft zijn wettelijke vertegenwoordigers bij de besluitvorming te betrekken. Tenzij de patiënt een, naar het oordeel van de deskundige, overwegend en gefundeerd bezwaar heeft tegen het betrekken van zijn wettelijke vertegenwoordigers in de

[137] Gezondheidsraad 1987. Samenstelling van de commissie: E. Borst-Eilers (arts, vice-voorzitter Gezondheidsraad), Th. M.G. van Berkenstijn (secretaris-generaal KNMG), J. van Gijn (hoogleraar neurologie), H.E. Henneveld (chirurg), S. de Kam (hoofdverpleegkundige), C. van der Meer (hoogleraar interne geneeskunde), A.P. Oliemans (huisarts), M.W. Ribbe (verpleeghuisarts), H.D.C. Roscam Abbing (hoogleraar gezondheidsrecht), A. Runderkamp (verpleegkundige), R.C. Schokker (internist), E. Schroten (hoogleraar christelijke ethiek), J.A. Schulkens-van de Pol (huisarts), P. Vermey (ziekenhuisapotheker), H.H.G. Wiegman (directeur-geneesheer in een verpleeghuis), H.J. de Roy van Zuydewijn (secretaris). De commissie werd op 24 februari 1987 geïnstalleerd en kwam tweemaal plenair bijeen.

[138] De Gezondheidsraad reageert op de zorgvuldigheidseisen zoals die in de adviesaanvraag zijn geformuleerd. Opvallend afwezig daarbij is een omschrijving van het lijden of de situatie van de patiënt.

[139] De commissie verandert wat dit betreft het oorspronkelijke voorstel waarin staat dat zo mogelijk met de naaste omgeving van de patiënt gesproken moet worden. Zij meent dat een dergelijke bepaling strijdig kan zijn met het zelfbeschikkingsrecht en de beschermwaardigheid van de persoonlijke levenssfeer.

[140] Anders dan de Staatscommissie Euthanasie denkt de commissie dat de verplichting tot verslaglegging, hoewel administratief van aard, noodzakelijk is om toetsing van het medisch handelen achteraf mogelijk te maken. Door na te laten de relevante feiten en omstandigheden in een verslag neer te leggen, brengt de geneeskundige niet alleen zijn eigen geloofwaardigheid in gevaar, maar zou ook de algemene beschermwaardigheid van het leven van de aan zijn zorg toevertrouwde patiënt, als gevolg van de ontoetsbaarheid van zijn handelen, niet ten volle gewaarborgd zijn.

besluitvorming omtrent zijn verzoek, worden de laatstgenoemden in de besluitvorming betrokken.[141]

De KNMG

De KNMG - gevraagd om een reactie op de adviesaanvrage zoals die uitgegaan is naar de Gezondheidsraad - spreekt haar teleurstelling uit dat zij als organisatie van medici niet eerst gevraagd is om de eisen van zorgvuldigheid op te stellen. Het hoofdbestuur heeft een aantal opmerkingen ten aanzien van de zorgvuldigheidseisen in de adviesaanvrage. Het hoofdbestuur bespreekt vier punten: elementen die in de adviesaanvraag ontbreken, de ‘negatieve delictsomschrijving’, de zorgvuldigheidscriteria en de positie van de minderjarigen.

Het hoofdbestuur mist in de adviesaanvrage een in zijn ogen belangrijk zorgvuldigheids-criterium: het ontbreken van mogelijkheden om het lijden van de patiënt te verlichten. Met andere woorden: van euthanasie kan alleen sprake zijn bij een patiënt die onaanvaardbaar en uitzichtloos lijdt.[142] Men voegt daaraan toe dat een arts die de zorgvuldigheidscriteria in acht heeft genomen erop moet kunnen rekenen dat hij niet vervolgd wordt.

De hoofdbestuur van de KNMG verzet zich ook nu tegen het opnemen van de ‘negatieve begripsbepaling’. In zijn ogen is het niet juist en wettechnisch ook niet fraai om normaal medisch handelen op te nemen in een bepaling in het Wetboek van Strafrecht.

Het hoofdbestuur pleit voor het maken van onderscheid tussen zorgvuldigheidseisen die wettelijk moeten worden vastgelegd en eisen die in een gedragscode kunnen worden omschreven. Het vereiste van het voorlichten van de patiënt en het vereiste dat met de patiënt nagegaan wordt of en in hoeverre de naaste omgeving bij de besluitvorming moet worden betrokken moet volgens het hoofdbestuur niet in de wet worden vastgelegd. De overige vereisten - het nagaan of het verzoek vrijwillig, zorgvuldig en duurzaam is, de schriftelijke wilsverklaring als substituut bij een patiënt die wilsonbekwaam geworden is, de consultatie van een andere arts en de verslaglegging – moeten wel verankerd worden in de wet, zij het dat het hoofdbestuur bij een aantal vereisten kiest voor een andere tekst.

Het hoofdbestuur gaat ook nog in op de positie van de minderjarigen. Het meent dat iedereen, ook minderjarigen, het recht heeft een verzoek tot euthanasie in te dienen. De vraag is of een minderjarige een weloverwogen en vrijwillig verzoek kan doen. Dat moet per individueel geval nagegaan worden waarbij men erop wijst dat sommige ernstige zieke jonge kinderen een grote rijpheid aan de dag leggen. De ouders zullen een belangrijke rol spelen; zij moeten dan ook worden geïnformeerd over het verzoek. De mening van de

---

[141] Ook hier heeft de commissie een andere redactie dan de ministers:

> De commissie meent er goed aan te doen er aan te herinneren dat de overmachtssituatie waarin de geneeskundige zich bevindt een gegeven is; daaraan doet de minderjarigheid van de patiënt vanzelfsprekend niets af. Gegeven de overmachtssituatie acht zij het niet juist ten aanzien van het verzoek van de patiënt een leeftijdsgrens te stellen…. De cruciale vraag betreft veeleer de mate waarin de patiënt in staat kan worden geacht zijn wil te bepalen en een inzicht te hebben in de situatie waarin hij verkeert. Met de staatscommissie… is onze commissie van mening dat geen leeftijdsgrens dient te worden gesteld en dat het verzoek dient te worden beoordeeld aan de hand van de vraag of de patiënt geacht kan worden een weloverwogen keuze te hebben gemaakt en of hij de geestelijke en lichamelijke rijpheid heeft om de draagwijdte van zijn verzoek te beseffen (Gezondheidsraad 1987: 23).

[142] Het hoofbestuur herhaalt de omschrijvingen zoals die vermeld zijn bij de behandeling van de zaak Schoonheim voor het hof Den Haag.

ouders zal zwaar wegen maar niet altijd doorslaggevend zijn. Het hoofdbestuur kan zich dan ook niet vinden in de opvatting van de regering dat er een vetorecht is als een van de beide ouders niet kan instemmen met de euthanasie van een minderjarige die de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt.[143]

Tot slot herinnert het hoofdbestuur eraan dat het op 11 februari 1987 gesproken heeft met de vergadering van procureurs-generaal en dat daar vergaande overeenstemming is bereikt over een meldingsprocedure na euthanasie. De minister, die in dat gesprek het belang van de inzichten van het bestuur van de KNMG op het punt van de euthanasie onderkende, zegde toe hier met voortvarendheid zijn standpunt over te bepalen.[144]

De vergadering van procureurs-generaal

Al snel na het rapport van de Gezondheidsraad volgt de - ten aanzien van het voorstel tamelijk negatieve - brief van de vergadering van procureurs-generaal. De vergadering meent dat met de ‘negatieve begripsbepaling’ een, vanuit wetssystematisch oogpunt beschouwd, onwenselijk geachte fictie wordt vastgelegd. De vergadering vraagt zich af of de dood als neveneffect van pijnbestrijding in strafrechtelijke zin wel goed kan worden onderscheiden van het toepassen door de arts van ‘actieve euthanasie’. Zij menen dat daarmee het risico ontstaat dat bepaalde vormen van ‘actieve euthanasie’ via de voorgestelde definitiebepaling aan strafrechtelijke toetsing worden ontrokken. Daarnaast meent de vergadering dat vanuit de praktijk van de rechtshandhaving geen behoefte bestaat aan de ‘negatieve begripsbepaling’. De vergadering komt tot de conclusie dat de opneming van de besproken bepaling in het Wetboek van Strafrecht geen overweging verdient.

Opnemen van de zorgvuldigheidseisen in de Wet regelende de Uitoefening van de Geneeskunst lijkt de vergadering een goed idee. Maar de vergadering is van mening dat de opneming van het ‘relatieartikel’[145] in het Wetboek van Strafrecht onwenselijk is. Hiermee wordt de reikwijdte van het overmachtbegrip voor de toepassing van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht ingeperkt. Een dergelijke inperking acht de vergadering met het oog op het algemene karakter van het begrip overmacht in het strafrecht en zijn functie in de rechtsontwikkeling, onjuist. Daarbij wijst de vergadering op het dynamische karakter van overmacht. Enerzijds valt niet op voorhand te zeggen dat de rechter een beroep op overmacht zal honoreren en anderzijds betekent niet-naleving van de zorgvuldigheidseisen niet per definitie een afwijzen van het beroep op overmacht. Als toch een dergelijk artikel overwogen wordt, menen de procureurs-generaal dat aansluiting bij artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht de voorkeur verdient boven aansluiting bij artikel 40.

---

143 In de adviesaanvraag staat dat de positie van de minderjarigen een bijzondere regeling verlangt. In aanvulling op de voor alle gevallen van euthanasie te stellen vereisten wordt een bepaling van de volgende inhoud overwogen:

> Indien de patiënt de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt, worden zijn wettelijke vertegenwoordigers steeds bij de besluitvorming betrokken. Indien deze of een van hen zich niet met het verzoek om levensbeëindiging kunnen verenigen, blijft een beslissing daartoe achterwege. Indien de patiënt de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt, beslist de geneeskundige niet, alvorens hij de wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt bij de besluitvorming heeft betrokken (KNMG 1987 Antwoord: 770).

144 KNMG 1987 Antwoord: 770-776.

145 Het artikel dat een verband moet leggen tussen de Wet Uitoefening Geneeskunst en artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht op het terrein van de euthanasie. Er is op dat moment nog geen concept-tekst van dit artikel voorhanden.

De vergadering heeft zich ook gebogen over de verklaring van overlijden. Ten aanzien van de voorgestelde verklaring van overlijden stelt ze dat daarin de arts op straffe van een geldboete van de derde categorie, verplicht is om zelf aangifte te doen van het door hem begane strafbare feit (de volgens artikel 293 strafbare euthanasie). De vergadering meent dat deze verplichting op gespannen voet staat met het beginsel dat een verdachte niet verplicht is om aan zijn eigen veroordeling mee te werken (het beginsel van *nemo tenetur*).[146]

TWEEDE KAMER EN RAAD VAN STATE

Daarna volgt stilte van de kant van de regering. Kohnstamm wijst er in juni 1987 op dat de termijn van drie maanden na het verschijnen van het advies van de Gezondheidsraad is verstreken en vraagt wanneer de regering denkt met een voorstel te komen. De ministers, die zich opnieuw bereid tonen voortvarend te handelen, laten weten dat zij zich nog beraden.[147] Daarop volgt een debatje in de Tweede Kamer waarin Kohnstamm en Haas-Berger opnieuw aandringen op een duidelijke uitspraak van het kabinet. Minister van Justitie Korthals Altes kan de gewenste duidelijkheid niet geven maar hij denkt wel dat het “volstrekt redelijk is als de Kamer van ons met Prinsjesdag een uitspraak verlangt over de plaats waar wij dan staan.”[148]

Uiteindelijk ontvangt de Tweede Kamer op 28 augustus 1987 een brief waarin de ministers te kennen geven dat er een wetsvoorstel bij de Raad van State aanhangig wordt gemaakt. De hoofdlijnen van deze wet zijn: het Wetboek van Strafrecht blijft ongewijzigd; de door de Raad van State geadviseerde ‘negatieve definitiebepaling’ komt niet in het Wetboek van Strafrecht, maar in de Wet regelende de Uitoefening der Geneeskunst; in diezelfde wet komen ook de zorgvuldigheidseisen te staan; ten aanzien van de overlijdensverklaring worden geen veranderingsvoorstellen ingediend.[149]

De Raad van State adviseert op 11 november 1987 over het voorstel en heeft zoals te verwachten geen grote bezwaren. De Raad wijst op een mogelijke onduidelijkheid in de paragraaf waarin als een van de in acht te nemen zorgvuldigheidseisen vermeld staat dat de geneeskundige met de patiënt en met diens naaste omgeving, mits de patiënt daar geen bezwaar tegen heeft, tot de overtuiging moet zijn gekomen dat het verzoek vrijwillig is gedaan. De Raad waarschuwt voor een formulering waarin het lijkt alsof de omgeving van de patiënt de beslissende stem heeft in euthanasie. Het eerdere voorstel van de Raad consultatie te laten geschieden door een door de beroepsorganisatie aangewezen geneeskundige, is door de regering van de hand gewezen. De Raad beveelt aan dit punt opnieuw te overwegen. Een punt waar de Raad van State bezwaar tegen maakt, betreft het ontbreken van een nieuwe regeling betreffende de verklaring van overlijden. De Raad is er niet van overtuigd dat het probleem van het schenden van het *nemo tenetur*-beginsel dreigt. Hij constateert dat er maar een marginaal verschil is tussen het niet invullen van de verklaring van natuurlijk overlijden en het verklaren dat euthanasie is toegepast. In beide gevallen zal de arts als verdachte worden aangemerkt. Bovendien is het de vraag of een geneeskundige, die euthanasie heeft toegepast waarvoor een beroep op overmacht kan worden gedaan, aangifte doet van een strafbaar feit. De in 1986 door de Raad geadviseerde

146 *Handelingen Tweede Kamer 1986-1987, Bijlagen*, 19 359, nr. 8.
147 *Handelingen Tweede Kamer 1986-1987, Bijlagen*, 19 359, nr. 9.
148 *Handelingen Tweede Kamer 1986-1987*: 4909.
149 *Handelingen Tweede Kamer 1986-1987, Bijlagen*, 19 359, nr. 10.

bepaling ten aanzien van jongeren is door de regering niet overgenomen.[150] De Raad van State dringt aan op een betere motivering van het regeringsstandpunt in deze.[151]

In haar antwoord op het advies van de Raad van State neemt de regering het voorstel ten aanzien van de consultatie ook nu niet over. Met name de vrees voor routinematig afhandelen en het open willen laten van een vrije artsenkeuze motiveert haar hiertoe. Een enkel kritiekpunt van de Raad wordt wel overgenomen, met name de kwestie aan wie het schriftelijk verslag moet worden overhandigd. De Raad heeft gepleit voor de geneeskundige inspectie, de regering tot dan toe voor de officier van justitie. Bij nader inzien meent de regering dat het uit het oogpunt van wetssystematiek en doeltreffendheid aanbeveling verdient dat de arts het verslag ter beschikking stelt aan de lijkschouwer.[152] Het voorstel wordt op 11 december 1987 naar de Tweede Kamer gestuurd.[153]

In mei 1988 wordt het wetsvoorstel besproken in de vergadering van de vaste kamercommissies van Justitie en Volksgezondheid. Zoals te verwachten toont het CDA zich tevreden, stelt de VVD zich wat afwachtend op, meent de PvdA dat het voorstel het probleem niet oplost, is D66 teleurgesteld, zijn de SGP en het GPV verontrust, is de RPF niet alleen ongerust maar ook ontsteld, beziet de PPR het voorstel met gemengde gevoelens en meent de PSP dat de indieners met een grote boog om de centrale vraag wat zij van euthanasie vinden heenlopen.[154] De parlementaire voorbehandeling wordt eind december 1988 afgesloten.

Reacties op het regeringsvoorstel

Met name juristen reageren op het voorstel. Zij noemen het voorstel een juridisch merkwaardige constructie omdat het voor een zo individuele situatie als een conflict van plichten wettelijke zorgvuldigheidseisen vaststelt.[155] Deze constructie wordt gezien als het gevolg van een politiek compromis[156] en aangemerkt als een instandhouden van de bestaande situatie.[157] Het resultaat is, volgens deze auteurs, een voorstel dat geen rechtszekerheid biedt:

> Het is juridisch een vrijwel onmogelijke opgave om enerzijds de verbodsbepaling van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht en daarmee ook de strafbaarheid van euthanasie integraal te handhaven en anderzijds aan individuele artsen uitgaande van het overmachtsbegrip een zekere mate van

---

[150] De Raad meende dat jongeren vanaf 16 jaar geen toestemming van hun wettelijke vertegenwoordigers behoeven. Ten aanzien van de positie van jongeren tussen 12 en 16 jaar merkte de Raad toen op dat de problematiek van niet-overeenstemming tussen vertegenwoordigers en minderjarigen nadere bestudering behoeft. De regering meent – anders ook dan de Gezondheidsraad en de KNMG - dat het vetorecht van de wettelijke vertegenwoordigers van minderjarigen onverkort dient te gelden maar heeft wel al de geplande daling van de meerderjarigheidsgrens naar 18 jaar meegenomen.

[151] *Handelingen Tweede Kamer 1987-1988, Bijlagen*, 20 383, B.

[152] *Handelingen Tweede Kamer 1987-1988, Bijlagen*, 20 383, B.

[153] *Handelingen Tweede Kamer 1987-1988, Bijlagen*, 20 383, nr. 2.

[154] *Handelingen Tweede Kamer 1978-1988, Bijlagen,* 20 383, nr. 5.

[155] Leenen 1988.

[156] Leenen 1988: 1704. Ook zo Kelk. Hij vindt dat onder politieke druk slecht legislatief werk is geleverd. Kelk is het eens met de vergadering van procureurs-generaal waar zij stelt dat het regeringsvoorstel uitnodigt tot een denaturering van het overmachtsbegrip (Kelk 1990).

[157] Leenen 1988: 1704. Verder toont hij zich, zoals te verwachten van een van de schrijvers van het meerderheidstandpunt van de Staatscommissie, niet zo negatief over de ‘negatieve begripsomschrijving’.

> straffeloosheid aan te bieden, zonder voor hen als beroepsgroep een uitzondering te maken. In het wetsontwerp wordt getracht het onverzoenlijke te verzoenen.[158]

Tegenstanders van de legalisering van euthanasie zien in het wetsvoorstel aanleiding om een protestgeluid te laten horen. Het Nederlands Artsenverbond wijst de negatieve begripsbepaling af als overbodig en heeft ernstige kritiek op het artikel waarin de zorgvuldigheidseisen worden omschreven. In zijn optiek handelt de medicus die zijn patiënt opzettelijk doodt *eo ipso* onzorgvuldig.[159] Andere tegenstanders stellen dat artsen niet mogen doden, dat er gezorgd moet worden voor betere palliatieve zorg, en dat het misleidend is om over zorgvuldigheid te spreken bij een daad als euthanasie. Men vreest voor maatschappelijke desintegratie, voor besluiten genomen in het belang van het collectief en denkt dat alleen door aanvaarding en handhaving van fundamentele ethische normen, waarin ieder mens als uniek en volstrekt beschermwaardig wordt erkend, onafhankelijk van zijn toestand en tegelijkertijd als een sociaal wezen met verantwoordelijkheid voor anderen met wie hij in verbanden is gesteld, de spanning kan overwinnen.[160]

7.7 Drie zaken afgerond door de Hoge Raad

Terwijl de politiek treuzelt, speelt zich een aantal rechtzaken af waarin duidelijkheid komt over de precieze reikwijdte van de zorgvuldigheidseisen. Het handelt daarbij met name om het procedurele vereiste van consultatie en het naar waarheid voldoen aan de verplichtingen wat betreft de verklaring van overlijden.

Vervolg zaak Pols

De zenuwarts Pols heeft in 1982 een vriendin geholpen bij haar levensbeëindiging. De Hoge Raad heeft in oktober 1986 het vonnis van het hof Leeuwarden vernietigd en de zaak verwezen naar het Gerechtshof Arnhem. Dit hof vernietigt, evenals het hof Leeuwarden, het

---

158 Feber 1989: 1441-1445. Ook zo Strijards (Strijards 1988). Strijards meent:

> De zwarigheden die aan het voorstel kleven zijn zo apert dat het alleen maar verwondering baart dat het kabinet het kan beschouwen als een adequate uitvoering van het regeerakkoord. Men heeft teveel kool als geit willen sparen. Wie vindt dat het strafrecht juist op het punt van de 'euthanasie' bij de tijd moet worden gebracht, moet in het codexcorpus sleutelen. Lapmiddelen daarbuiten ontregelen slechts het innerlijk stelsel van de strafwet. Ik ben er voorstander van de strafwet ongewijzigd te laten en de jurisprudentiële ontwikkelingen af te wachten (Strijards 1988: 147).

159 Nederlands Artsenverbond 1988: 409-410.

160 Van den Brenk e.a. 1988. Andere publicaties die soortgelijke geluiden laten horen zijn Dorenbos (Dorenbos 1987) en de Juristenvereniging Pro Vita (Juristenvereniging Pro Vita 1987). In 1987 publiceert de cardioloog Fenigsen een boek waarin hij fel van leer trekt tegen de ontwikkelingen op het terrein van de levensbeëindiging (Fenigsen 1987). In zijn optiek vindt er in Nederland 'crypthanasie' plaats: het sluipend doden van zieke, oude of gehandicapten mensen buiten hun willen of weten. In een later artikel met dezelfde strekking voert Fenigsen opnieuw een aantal gevallen van 'crypthanasie' op (Fenigsen 1989). De NVVE maant hem bij monde van haar juridische adviseur Sutorius zijn beweringen te staven of in te trekken. Uit het onderzoek door de medische inspectie blijkt dat de zaken waar Fenigsen over schrijft nogal lang geleden waren (begin jaren zeventig) en dat het deels handelde om zaken die niet in Nederland hadden plaatsgevonden en deels om gevallen van abstineren (briefwisseling tussen Fenigsen en de medisch inspecteur Blokker van 23 februari 1990 en 29 maart 1990).

vonnis van de rechtbank Groningen.[161] Het hof komt wat betreft het beroep op noodtoestand, tot de conclusie:

> Overwegende dat uit het voorgaande moet volgen dat, zo al van verdachte kon worden gezegd dat zij zich ten opzichte van mevrouw was komen te bevinden in de positie van arts op wie strijdende plichten drukten, zij in die positie haar bijzondere, op vriendschap berustende en door ontbreken van eerdere medische hulpverlening gekenmerkte, verhouding tot haar patiënte heeft miskend, welke haar tenminste er toe had moeten brengen het oordeel over de gegrondheid van de verzoeken tot levensbeëindiging in te winnen van een collega-medicus, die zijn oordeel op een eigen onderzoek van de patiënte kon baseren; dat op alleen reeds dit nalaten het beroep op noodtoestand moet stranden[162]

Het Gerechtshof veroordeelt mevrouw Pols tot een gevangenisstraf van twee maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar.[163] Mevrouw Pols gaat opnieuw in cassatie bij de Hoge Raad.

Bij de Hoge Raad voert Spong namens mevrouw Pols aan dat het ontbreken van collegiale toetsing op basis van eigen onderzoek van de consulent op het moment van de levensbeëindiging niet aangemerkt kan worden als een miskenning van de in de medische ethiek geldende normen, althans niet een zo ernstige miskenning daarvan, dat vanuit die optiek een noodtoestand niet aanvaard kan worden. De eis die het hof hier stelt was zeker in medische kring niet gebruikelijk, aldus Spong.

De Hoge Raad oordeelt in mei 1988 dat het verzuim een onafhankelijk collega-arts te consulteren niet zondermeer niet-strafbaarheid op grond van noodtoestand uitsluit. Dit behoeft echter niet tot cassatie te leiden.

> Immers – mede in aanmerking genomen 's hofs feitelijke vaststelling dat, toen de verdachte besloot gevolg te geven aan haar verzoeken, de ziekte van mevr. R.-S. niet terminaal was en ook niet kort tevoren een min of meer ernstige wending ten kwade had genomen – ligt in 's hofs in het middel weergegeven overweging tevens het oordeel besloten dat, zo op de verdachte ten opzichte van mevr. R.-S. al onderling strijdige plichten drukten, aan het hof niet aannemelijk is geworden dat zij in die situatie een gerechtvaardigde keuze heeft gedaan. [164]

De latere minister van Justitie Hirsch Ballin trekt hieruit de conclusie dat het ingetreden zijn van de stervensfase een vereiste is bij zorgvuldige euthanasie.[165]

Vervolg zaak verpleeghuisarts L.

In december 1983 heeft de verpleeghuisarts L. een eind gemaakt aan het leven van een ernstig zieke vrouw. Hij heeft toen een verklaring van natuurlijk overlijden afgegeven. In maart 1985 heeft de arts terechtgestaan voor de rechtbank Rotterdam. Wat betreft de

---

[161] De rechtbank Groningen had mevrouw Pols strafbaar bevonden maar geen straf opgelegd. Zie voor de eerdere behandeling de paragrafen 5.3, 6.5 en 7.3.
[162] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1987: 274.
[163] Evenals eerder rechters heeft het hof ook het beroep op psychische overmacht verworpen.
[164] *Nederlandse Jurisprudentie* 1989, nr. 391: 1407.
[165] Hij besluit dan ook een aantal artsen te vervolgen. Zie daarvoor de paragrafen 8.1 en 9.2.

euthanasie is de arts ontslagen van rechtsvervolging, voor de valsheid in geschrifte is hij veroordeeld tot een geldboete.[166] Het Openbaar Ministerie gaat in beroep en in maart 1987 staat L. voor het Gerechtshof ’s-Gravenhage.

Wat betreft de euthanasie voert de procureur-generaal aan dat de arts het beroep op noodtoestand niet toekomt omdat hij geen overleg gevoerd heeft met een collega-medicus. Het hof oordeelt hierover dat in het algemeen bij euthanasie vanwege het ingrijpende karakter van de handeling, raadpleging van een collega-medicus ter toetsing van het eigen oordeel met zich meebrengt. In deze casus acht het hof de raadpleging echter niet absoluut noodzakelijk omdat het onomstreden is dat de patiënte terminaal ziek was. Het hof houdt daarbij ook rekening met het feit dat ten tijde van het gebeuren de weg naar actieve euthanasie tengevolge van de vonnissen van de rechtbank Rotterdam (in de zaak Wertheim) en Alkmaar (de zaak Schoonheim) ruim geopend leek, terwijl de procedureregels in medische kring nog niet geheel uitgekristalliseerd waren. Het hof meent dan ook dat het beroep op noodtoestand gehonoreerd moet worden en bevestigt de beslissing van de rechtbank in deze.[167]

Wat betreft de verklaring van overlijden bestrijdt de arts - onder verwijzing naar Enschedé - dat afgifte van een dergelijke verklaring onjuist is. Bovendien voert hij aan dat hij de familie de onaangename ervaring van het politieonderzoek heeft willen besparen. Het hof volgt deze redenering echter niet. Daarbij verwijst het hof naar de behandeling van de Wet op de Lijkbezorging van 1955 en een recent parlementair debat waar de minister heeft gezegd een verklaring van natuurlijke doodsoorzaak, indien actieve euthanasie werd gepleegd, niet mogelijk te achten.

> Mede gezien het grote algemeen belang, dat gevallen van niet-natuurlijke dood onderzocht en gecontroleerd worden door overheidsautoriteiten als de gemeentelijk lijkschouwer en de OvJ, en meer speciaal gevallen van actieve euthanasie gezien het feit dat ervaringen in het verleden en elders in de wereld laten zien dat het gevaar van misbruik niet denkbeeldig is, kan bij een afweging van belangen verdachtes beroep op noodtoestand voor wat betreft het tweede feit niet gehonoreerd worden.[168]

Het beroep op zijn geheimhoudingsplicht, zo vindt het hof, kan de arts evenmin baten. Dit geeft hem immers een recht om te zwijgen en niet om bewust onjuiste informatie te verstrekken. De wet voorziet in de mogelijkheid voor artsen om zich te onthouden van het verstrekken van informatie die in strijd zou komen met hun geheimhoudingsplicht, doordat hun bij weigering tot afgifte van een verklaring van natuurlijke dood, geen schriftelijke verklaring of toelichting wordt gevraagd.[169] L. gaat wat betreft de valse verklaring van overlijden in cassatie bij de Hoge Raad.

Ook bij de Hoge Raad zoekt de raadsman aansluiting bij Enschedé wanneer hij stelt dat het *lege artis* bekorten van het leven van een zwaar lijdende patiënt, ofschoon het letterlijk als opzettelijk doden te kwalificeren is, nimmer als zodanig is beschouwd. De procureur-

---

166 Zie voor de eerdere behandeling paragraaf 5.3 en 6.5.

167 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1987: 272. Vroom-Kastelein en Van Es merken op dat het jammer is dat het hof de opmerking in het requisitoir dat collegiaal overleg in de toekomst volstrekt onontbeerlijk is, niet in absolute termen overneemt. Zij wijzen erop dat in de richtlijnen van de KNMG anno 1987 consultatie en toetsing vooraf door een collega-medicus als vereist zijn gesteld (Vroom-Kastelein en Van Es 1987 Euthanasie en verklaring: 669).

168 *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, nr. 756: 2543.

169 *Nederlandse Jurisprudentie* 1987 nr. 756.

generaal bij de Hoge Raad, Remmelink, onderschrijft in zijn conclusie dat een arts die in de stervensfase door een morfine-injectie of andere middelen het lijden van de patiënt heeft trachten te verlichten in de wetenschap dat als gevolg hiervan de dood wellicht eerder zou intreden, een legitieme medische handeling verricht. In deze casus echter, zo meent Remmelink, gaat het om een andere zaak. Hier is actief ingegrepen in het tijdvak voorafgaand aan de stervensfase. De Hoge Raad deelt zijn mening en wijst het verweer af.

Op de tweede plaats heeft de arts een beroep gedaan op noodtoestand. Het hof had dat verweer verworpen omdat de familie geen onoverkomelijk grote last van de melding gehad zou hebben en vanwege het grote algemeen belang dat gevallen van een niet-natuurlijke dood onderzocht en gecontroleerd worden. De Hoge Raad is van mening dat de aangevoerde grond de verwerping van het beroep op noodtoestand draagt.[170]

De zaak van de huisarts B.[171]

Op 16 augustus 1984 heeft de huisarts B. een einde gemaakt aan het leven van een van zijn patiënten en vervolgens een – valse - verklaring van natuurlijk overlijden ingevuld.[172] Het is niet duidelijk waardoor het bekend is geworden dat euthanasie is toegepast, maar het Openbaar Ministerie besluit hem te vervolgen. Voor de valsheid in geschrifte wordt B. veroordeeld tot een geldboete van 1250 gulden maar tegen de dagvaarding met betrekking tot euthanasie tekent hij bezwaar aan.

De rechtbank Almelo is van oordeel dat het bezwaar niet gegrond is[173] en verwijst de arts naar de openbare terechtzitting. Hiertegen is de arts in beroep gegaan en het Gerechtshof Arnhem heeft hem gelijk gegeven en buiten vervolging gesteld.[174] De procureur-generaal tekent hiertegen cassatie aan omdat hij bezwaar had tegen de wijze waarop het hof de voorwaarden voor euthanasie, met name de eis van consultatie, percipieert.

In juni 1987 doet de Hoge Raad uitspraak in deze zaak. De Hoge Raad oordeelt dat het hof het in hoge mate aannemelijk heeft kunnen achten dat de arts de euthanasie toegepast heeft op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van de patiënte. Of het hof met juistheid aldus heeft geoordeeld kan in cassatie niet worden onderzocht. Het cassatiemiddel ziet, aldus de Raad,

> eraan voorbij dat, indien een arts die zijn patiënt op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen van het leven berooft, heeft verzuimd tevoren zijn inzicht omtrent de

---

170 *Nederlandse Jurisprudentie* 1988, nr. 811. In januari 1988 benadrukt de voorzitter van de KNMG – Cense - naar aanleiding van dit arrest dat er duidelijke afspraken dienen te komen over het opsporings- en vervolgingsbeleid. Hij betreurt het dat ondanks veel overleg op ministerieel niveau die afspraken er nog steeds niet zijn. “Veel artsen nemen zich na een keer melden voor in het vervolg een ander de kastanjes uit het vuur te laten halen. Als de samenleving niet in staat blijkt voor artsen, patiënten en familie een aanvaardbare procedure voor het melden van euthanasie te ontwerpen, dan valt te vrezen dat euthanasie niet controleerbaar en toetsbaar wordt.” (Cense 1988: 36).

171 Naam van de arts is wel bekend maar wordt nooit gebruikt ter aanduiding van zijn zaak.

172 Het betrof een vrouw die ongeneeslijk ziek was. Zij had een grote tumor in haar longen, waardoor haar longfunctie verminderde, wat gepaard ging met grote vermoeidheid en benauwdheid. In de weken voor haar dood trad een duidelijke verslechtering op in de toestand van mevrouw. Eten deed zij vrijwel niet meer en wat zij dronk, gaf zij vaak later weer over. Zij werd mager en slap. Mevrouw verzocht haar arts haar te helpen sterven. Het leven was haar te veel geworden en zij had angst voor de wijze waarop haar leven zou eindigen, wanneer niet actief ingegrepen werd in haar stervensproces (*Nederlandse Jurisprudentie* 1988, nr. 157: 676).

173 Niet gepubliceerd arrest van 3 januari 1986.

174 Niet gepubliceerd arrest van 15 oktober 1986.

> zich voordoende situatie te toetsen aan dat van een onafhankelijk collega, zulks niet zonder meer uitsluit dat later de rechter, gezien de omstandigheden van het geval, niettemin oordeelt dat die arts in noodtoestand heeft gehandeld en deswege niet strafbaar is te achten. Het middel treft derhalve geen doel.[175]

Verder is de Hoge Raad van oordeel dat het hof met zijn overweging dat bij verdere vervolging van de arts ten aanzien van euthanasie

> dadelijk zou blijken dat de verdachte heeft gehandeld in een noodtoestand en daarbij een keus heeft gemaakt die objectief beschouwd en gelet op de bijzondere omstandigheden van het geval redelijkerwijs bezien gerechtvaardigd was ... tot uitdrukking [heeft] gebracht het hoogst onwaarschijnlijk te achten dat de strafrechter later anders zou oordelen[176]

Het beroep wordt verworpen.[177]

Met de uitspraken van de Hoge Raad in de zaken Pols, L. en B. is de helderheid omtrent de eventuele rechtvaardiging van euthanasie en zijn de zorgvuldigheidseisen die eraan gesteld moeten worden, toegenomen. Het is nu zonder meer duidelijk dat een dokter na een euthanasie niet de verklaring van natuurlijk overlijden mag invullen. Het consulteren van een onafhankelijk arts wordt als gewenst beschouwd maar het ontbreken ervan staat een beroep op noodtoestand niet in de weg. En een arts die zich aan de zorgvuldigheidseisen heeft gehouden hoeft vervolging niet te vrezen.

Ter afsluiting

In de periode 1984-1988 heeft de rechtsverandering met betrekking tot euthanasie haar beslag gekregen. Het arrest van de Hoge Raad in de zaak Schoonheim en de bevestigingen daarvan in de daarop volgende vonnissen en arresten maken duidelijk dat euthanasie onder bepaalde voorwaarden toegepast, ondanks artikel 293 Wetboek van Strafrecht, te rechtvaardigen is. De onderhandelingen tussen de Overleggroep Staatstoezicht-Openbaar Ministerie samen met de KNMG hebben ertoe geleid dat wanneer aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan, het Openbaar Ministerie naar alle waarschijnlijkheid niet zal vervolgen. En het arrest in de zaak B. maakt duidelijk dat het Openbaar Ministerie ook niet behoort te vervolgen. Met andere woorden: euthanasie is vanaf dan legaal in Nederland.

De rol van de Hoge Raad is cruciaal geweest. In deze periode betreft dit onder andere het scheppen van duidelijkheid wat betreft de ‘medische exceptie’. Ondanks de meningen in het veld, verwerpt de Hoge Raad deze oplossing. In het eerste Pols-arrest is de medische exceptie uitdrukkelijk van de hand gewezen. Hiermee handelt de Hoge Raad in het

[175] *Nederlandse Jurisprudentie* 1988, nr. 157: 677.
[176] *Nederlandse Jurisprudentie* 1988, nr. 157: 677.
[177] *Nederlandse Jurisprudentie* 1988, nr. 157: 677. Spreeuwenberg en Kastelein juichen: Dit betekent dat een arts die euthanasie toepast en zich houdt aan de zorgvuldigheidscriteria, zich met succes kan verzetten tegen een strafrechtelijke vervolging op basis van artikel 293 Wetboek van Strafrecht. Zelfs als niet volledig aan alle criteria is voldaan – zoals in dit geval de consultatie – dan kan dit niet zonder meer reden tot vervolging zijn. In hun optiek is door deze beslissing de rechtsonzekerheid van de arts die meent niet anders te kunnen handelen dan tot zorgvuldige euthanasie over te gaan, verkleind (Spreeuwenberg en Kastelein 1988: 44).

verlengde van de opvattingen van mensen als Leenen die ervan uit gaan dat euthanasie geen normaal medisch handelen is. De Hoge Raad kiest de weg die zich het meest leent voor een politiek compromis: euthanasie blijft verboden in het Wetboek van Strafrecht maar kan worden gerechtvaardigd. Dit compromis blijft tot stand tot de wetswijziging van 2002.

Legale euthanasie is niet gebaseerd op een ongeclausuleerde zelfbeschikkingsrecht van patiënten. De Hoge Raad benadert het hele probleem eerder vanuit het perspectief van de arts dan dat van de patiënt. Voor- en tegenstander van legalisering zijn het met elkaar eens dat zelfbeschikking alleen eventuele wetsverandering niet kan dragen. Het zelfbeschikkingsrecht wordt door nagenoeg niemand als absoluut gezien. Belangen van naasten en van de maatschappij – 'verantwoordelijkheid' om met de term van Dupuis in 1977 te spreken – temperen zelfbeschikking.

Een derde punt waarop de Hoge Raad duidelijkheid heeft geschapen betreft de procedurele zorgvuldigheidseisen van de consultatie en van het afgeven van de verklaring van natuurlijk overlijden. Wat betreft consultatie onderschrijft de Hoge Raad weliswaar de breed gedeelde opvatting dat consultatie van een onafhankelijk arts gewenst is maar is hij tevens van mening dat het ontbreken ervan niet betekent dat de dokter per definitie strafbaar is. Ten aanzien van melding stelt de Hoge Raad dat de verklaring van natuurlijk overlijden onder geen omstandigheid mag worden afgegeven na het toepassen van euthanasie.

De arresten van de Hoge Raad zadelen de coalitiepolitiek op met een probleem. Het CDA staat in het centrum van de macht en twee mogelijke coalitiepartners – VVD en PvdA - kunnen zich goed vinden in de rechtsverandering die door de Hoge Raad gestalte is gegeven. Voor het CDA gaat het door de Hoge Raad gestelde echter te ver. Dit betekent dat het eigenlijk onmogelijk is om tot een wetsvoorstel te komen. De 'Proeve', wat in wezen nooit een serieus voorstel was, wordt ingetrokken en de de eerste pogingen tot uitstel van beslissingen worden gelanceerd. Verder wordt naar aanleiding van het advies van de Raad van State geprobeerd een minder controversiële weg dan de verandering van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht te bewandelen. Alhoewel minister Korthals Altes (VVD) het hieruit voortvloeiende voorstel de Wet regelende de Uitoefening van de Geneeskunst te wijzigen – de bedoeling is dat de zorgvuldigheidseisen en datgene wat niet als euthanasie beschouwd in die wet op te nemen - altijd is blijven verdedigen, wordt het door geen van de regeringspartijen voluit gedragen. Het voorstel van Wessel-Tuinstra, waar een meerderheid van de Kamer voor lijkt te zijn, blijft al die jaren de tegenkandidaat.

De houding van de verschillende partijen tegenover de wetsvoorstellen maakt wel al duidelijk dat wetsverandering nog een lange weg zal gaan. Een veel beproefde Nederlandse oplossing is dan om uit te wijken naar technische en procedurele oplossingen. Wat betreft euthanasie is het voor de hand liggend om te proberen de controle erop te verbeteren. Zo ontstaat er in deze periode meer aandacht voor het vervolgingsbeleid. Naast de duidelijkheid over welke zaken vervolgd moet worden en welke niet, gaat het dan om de wijze waarop het onderzoek door politie en justitie moet plaatsvinden. De officier van justitie Josephus Jitta in Alkmaar is het bekendste voorbeeld van het invoeren van een procedure middels welke artsen verleid worden geen valse verklaringen van overlijden meer af te geven met als gevolg dat hun levensbeëindigend handelen gecontroleerd kan worden.

In deze periode wordt duidelijk dat verpleegkundigen weliswaar beroepsmatig met euthanasie te maken hebben, maar dat zij niet het recht hebben om actief in te grijpen. Rechters zijn van mening dat het op eigen gezag verlichten van lijden niet tot hun taak behoort en dat het beroep noodtoestand in de vorm van het conflict van plichten, hen dus niet toekomt.

De tegenstanders van euthanasie krijgen met Dessaur even een woordvoerder die veel aandacht naar zich toetrekt. Het lijkt erop dat na het rapport van de Staatscommissie een grotere groep mensen zich bewust ervan wordt wat zich op het terrein van de euthanasie afspeelt, danwel dat zij nu denken dat een wissel gepasseerd is. In de kamer is dat met name te merken bij het CDA. Tot dan toe had het CDA veelal gezwegen, een houding die vanaf nu niet meer mogelijk is.

8 Een politiek van afhouden (1989-1994)

Met de in het vorige hoofdstuk besproken arresten van de Hoge Raad is het proces van rechtsverandering in een nieuw stadium gekomen. De discussie verschuift van een (weinig) ideologisch naar een (nog meer) praktisch niveau. Een verschuiving die gestimuleerd wordt door het nieuwe voorstel van de regering, dat duidelijk maakt dat het niet de bedoeling is om op korte termijn de zaak van de euthanasie principieel te regelen. Centrale aandachtspunten worden naast de wettelijke wijze waarop euthanasie geregeld zal worden, de nadere invulling van de maatschappelijke controle. Bij de inhoudelijke zorgvuldigheidseisen gaat het daarbij vooral om de aard van het lijden, bij de procedurele om het vergroten van de meldingsbereidheid van artsen. Er is ook nog een andere verschuiving in de discussie: het opnieuw opkomen van het debat over levensbeëindigend handelen zonder verzoek. Verder is er deze periode meer aandacht voor wat er feitelijk gebeurt ten aanzien van euthanasie in de praktijk.

Dit hoofdstuk bestaat uit zes paragrafen. In de eerste staan de politieke ontwikkelingen centraal. In de tweede een oud thema dat opnieuw opgepakt wordt: levensbekortend en levensbeëindigend handelen bij mensen die hun wil niet (meer) kunnen bepalen. In de derde paragraaf wordt een aantal uiteenlopende zaken beschreven. Op de eerste plaats betreft dit een drietal wat apart staande rechtszaken - een zaak waarin een echtgenoot en een vriendin terechtstaan voor hulp bij zelfdoding, een civiele zaak waarin een vrouw klaagt over het feit dat ze na een poging tot zelfdoding gereanimeerd werd ondanks haar schriftelijke verklaring en de afronding van de zaak Stinissen. Op de tweede plaats gaat het in de derde paragraaf om een aantal nieuwe ontwikkelingen zoals een uitbreiding van de doelstelling van de NVVE en het opkomen van een nieuw idee dat al snel door de NVVE omarmd wordt – de 'pil van Drion'. In de vierde paragraaf wordt ingegaan op een aantal onderzoeken waarin gekeken is naar zaken als de frequentie van verzoeken om en toepassingen van euthanasie, naar de zorgvuldigheidseisen die gehanteerd worden en naar het vóórkomen van richtlijnen en protocollen. In de vijfde paragraaf staat het door de regering geïnitieerde landelijke onderzoek centraal en de politieke reactie daarop. In de politieke discussie wordt duidelijk dat minister van Justitie Hirsch Ballin een restictiever beleid wil voeren ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Die restrictie wordt onder andere gevonden in het stellen dat psychiatrische patiënten niet in aanmerking kunnen komen voor hulp bij zelfdoding. De ontwikkeling van de discussie daarover in de beroepsgroep en de juridische behandeling van deze vraag – waarover wederom door de Hoge Raad helderheid wordt gegeven – wordt beschreven in de laatste paragraaf.

Uit deze korte weergave blijkt wel al dat de aandacht specifieker dan voorheen gericht wordt op politieke ontwikkelingen en rechtszaken. Daarvoor bestaat een aantal redenen: de legalisering van euthanasie – het onderwerp van dit boek – is in feite gerealiseerd. In de jaren vanaf 1989 gaat het om een fijnafstelling van de zorgvuldigheidseisen en om de wijze waarop de legalisering haar politiek beslag moet krijgen. Alhoewel dit begeleid wordt door een voortdurende stroom aan publicaties, lijkt de invloed van de discussie in de media op het proces van rechtsverandering minder groot dan in de voorafgaande jaren.

8.1 POLITIEKE ONTWIKKELINGEN (1989-1991)

In april 1989 zal dan eindelijk in de Tweede Kamer gesproken worden over wetsvoorstellen ten aanzien van de regeling van euthanasie. Ter gelegenheid daarvan brengt de NVVE een brochure uit met daarin een “Buitenparlementair wetsvoorstel met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding”. Het wetsvoorstel van de NVVE houdt in dat euthanasie, op verzoek door een arts toegepast, gedecriminaliseerd wordt en dat strafrechtelijke vervolging alleen plaatsvindt, indien er geen sprake is van een uitdrukkelijk en herhaald verzoek. Verder stelt de NVVE voor om aan de Wet regelende de Uitoefening van de Geneeskunst een bepaling toe te voegen, waarin ingegaan wordt op de eisen die gesteld moeten worden aan artsen die euthanasie toepassen.[1]

De juridisch adviseur van de NVVE, Sutorius, legt in de brochure uit dat noch het wetsvoorstel van het kabinet noch het wetsontwerp van D66 rechtszekerheid biedt aan arts en patiënt. Naleving van de nieuwe wetgeving is daarmee, naar zijn mening, op voorhand illusoir.[2] Sutorius ondersteunt het pleidooi voor het buitenwerking stellen van het strafrecht inzake euthanasie door erop te wijzen dat onbekend is hoe vaak levensbekortende gedragingen van artsen voorafgaan aan sterfgevallen. Hij meent dat artsen dat niet vertellen zolang zij als verdachten worden aangemerkt. Door gebrek aan openheid van de artsen krijgt de samenleving geen goed inzicht in de aard en omvang van hun levensbekortend handelen. Toetsing daarvan blijft dus grotendeels buiten bereik van de rechter, zo stelt Sutorius.[3]

Het NVVE-voorstel wordt ondersteund door de uitkomsten van een nieuw onderzoek naar de publieke opinie. Volgens het onderzoek is 81% van de bevolking van mening dat men altijd het recht heeft om euthanasie te vragen. Op de vraag om welke reden de respondenten een wettelijke regeling van euthanasie gewenst achten, kiest tweederde voor de rechtszekerheid van de artsen, 17% wil dat de huidige praktijk een halt wordt toegeroepen en 3% kiest voor beide. Door 8% wordt spontaan gezegd dat men geen wettelijke regeling wil.[4]

PUBLIEKE OPINIE

Tussen 1966 en 1991 heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau de ontwikkelingen in de publieke opinie bijgehouden Vanaf 1966 is aan Nederlanders de vraag voorgelegd of euthanasie[5] mogelijk moet zijn. De ontwikkeling in de antwoorden er als volgt uit[6]:

Jaar	ja	hangt ervan af	nee
1966	40	12	49
1975	53	24	24
1980	52	36	12
1985	55	33	12
1991	58	33	9

1 NVVE 1989: 3-7.
2 Sutorius 1989: 15.
3 Sutorius 1989: 8.
4 NVVE 1989: 22-23.
5 Het woord euthanasie valt niet in de vraag. Er wordt gevraagd naar de geoorloofdheid van het geven van een dodelijk injectie door een arts op verzoek van een patiënt die ernstig lijdt.
6 Sociaal Cultureel Planbureau, *Sociaal en Cultureel Rapport 1992* (Rijswijk 1992): 475.

Wat vooral duidelijk wordt uit de gegevens is dat de groep mensen die zich verzet tegen de mogelijkheid van levensbeëindigend handelen steeds kleiner wordt.

Het kamerdebat van 1989

Op 27 april 1989 vergadert de Tweede Kamer over het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra en het regeringsvoorstel – dat het Wetboek van Strafrecht ongewijzigd laat en de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst zo wijzigt dat daarin de zorgvuldigheidseisen komen te staan en een opsomming van datgene wat niet onder de strafbare euthanasie valt. Van de regeringspartijen heeft het CDA het meest te verantwoorden; de VVD verdedigt het voorstel in principe maar stelt in eerste instantie vooral vragen aan de regering ter verduidelijking.

Bij monde van Borgman onderstreept het CDA onder geen omstandigheden mee te werken aan het bieden van wettelijke rechtvaardiging in welke vorm dan ook van actieve, directe levensbeëindiging. Euthanasie is, volgens het CDA, een vraagstuk dat niet beslist kan worden in de arts-patiëntrelatie.

Borgman verzet zich expliciet tegen het zelfbeschikkingsrecht. Dit recht is niet de basis van alle mensenrechten en grondrechten. Die basis wordt gevormd door de menselijke waardigheid, de waardigheid van de menselijke persoon. Als de overheid directe actieve levensbeëindiging op verzoek wettelijk zou rechtvaardigen, zou zij daarmee impliciet aangeven dat bepaalde situaties waarin mensen kunnen komen te verkeren, mensonwaardig zijn. De overheid zou sanctioneren dat aan dat leven, hoezeer overigens ook op eigen verzoek, een einde gemaakt mag worden. Daarmee wordt de overheid feitelijk deelgenoot van een over een leven gegeven waardeoordeel.

Borgman wijst ook op het gevaar van het hellend vlak. Als de wetgever het onvoorwaardelijke verbod op euthanasie niet als absolute grens aanhoudt, zal uiteindelijk geen enkele andere grens meer houdbaar zijn. Ook de mogelijkheid van vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek in een uitzichtloze noodsituatie wordt door Borgman geproblematiseerd. Hij houdt een pleidooi voor betere stervensbegeleiding: “Het antwoord op verlatenheid, zinloosheid, afhankelijkheid en gevoel van ontluistering zou naar onze levensovertuiging niet actieve directe levensbeëindiging moeten zijn, maar nabijheid, zingeving, naastenliefde en optimale medische begeleiding.”[7] Kortom: Het CDA zal geen steun geven aan het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra en in principe wel aan het wetsvoorstel van de regering.

Afgezien van CDA en VVD verzetten zowel de partijen die tegen de legalisering van de euthanasie zijn als de partijen die daarvóór zijn, zich tegen het voorstel van de regering. Deze partijen menen dat de regering met de mond iets anders belijdt dan in daden en beide verzetten zich tegen het opnemen in de wet van de zorgvuldigheidseisen en van de ‘negatieve begripsbepaling’.

Als voorbeeld moge Schutte (GPV) dienen: hij wijst erop dat met het regeringsvoorstel het absolute verbod op euthanasie niet langer verdedigd wordt. Het verbod wordt weliswaar gehandhaafd in de tekst maar er is geen sprake van onverkorte handhaving van de waarde van het achter artikel 293 liggende oorspronkelijke rechtsgoed. Andere tekenen daarvan zijn de vermindering van de strafmaat, de verandering van de terminologie (‘levensbeëindiging’ in plaats van ‘levensberoving’) en het opnemen van zorgvuldigheidseisen. Schutte denkt dat

[7] *Handelingen Tweede Kamer 1988-1989*: 6066.

wie let op de praktische betekenis en het effect van beide wetsvoorstellen tot geen andere conclusie kan komen dan dat het verschil tussen beide betrekkelijk klein is.[8]

Nog voor het kamerdebat is afgerond valt de regering over een ander heikel onderwerp, het reiskostenforfait. Daar euthanasie een te controversieel onderwerp is om door een demissionair kabinet te laten behandelen, worden de ontwikkelingen op dit terrein stil gezet.

Een nieuw kabinet en een nieuw plan

Het resultaat van de verkiezingen is een kabinet gevormd door CDA en PvdA (het kabinet Lubbers III). De CDA-er Hirsch Ballin is de nieuwe minister van Justitie en de PvdA staatssecretaris Simons heeft Volksgezondheid in zijn portefeuille.

In het regeerakkoord blijkt een nieuwe vorm van uitstel van besluitvorming gevonden te zijn: er zal een commissie van artsen en juristen ingesteld worden die ervoor moet zorgen dat er inzicht komt in de medische euthanasiepraktijk. Enerzijds zal geprobeerd worden te bepalen wat het aantal sterfgevallen is waarin sprake is van euthanasie. Anderzijds zal gekeken worden welke voorwaarden artsen stellen aan het naar waarheid melden van een euthanasietoepassing. De regeringspartijen komen verder overeen dat de *status quo* in het vervolgingsbeleid gehandhaafd blijft.[9] Wat betreft nieuwe wetgeving terzake euthanasie melden de partijen dat de wenselijkheid daarvan zal worden bezien “in het licht van het rapport van de genoemde commissie, de stand van jurisprudentie op dat moment, en de ontwikkeling van pijnbestrijdingstechnieken alsmede de beschikbaarheid daarvan en van de voorzieningen van stervensbegeleiding en thuiszorg”.[10]

Op 18 januari 1990 volgt de instellingsbeschikking van de onderzoekscommissie die naar haar voorzitter de Commissie Remmelink wordt genoemd.[11] De commissie zal ten behoeve van haar taak aan een derde opdracht geven een onderzoek te verrichten dat gericht is op het “verwerven van inzicht in de medische praktijk van levensbeëindigend optreden

---

8 *Handelingen Tweede Kamer 1988-1989*: 6073-6075.

9 In september heeft de landelijke Overleggroep Openbaar Ministerie-Staatstoezicht op de Volksgezondheid een brief geschreven aan de informateur. De overleggroep dringt aan op een regeling waarbij gevallen van euthanasie bij de officier van justitie worden gemeld. Artsen die zorgvuldig hebben gehandeld op basis van de bestaande rechtspraktijk gaan dan vrijuit. De overleggroep biedt aan zelf een voorstel voor een procedureregeling uit te werken. De bedoeling van de regeling is het Openbaar Ministerie beter in staat te stellen op verantwoorde wijze te beslissen over vervolging en te bevorderen dat artsen melden (*de Volkskrant* 21 september 1989). Deze procedureregeling is in feite al twee jaar eerder opgesteld door de Overleggroep samen met de KNMG.

10 *Handelingen Tweede Kamer 1989-1990, Bijlagen*, 21 132, nr. 8: 47. Het regeerakkoord (d.d. 26 oktober 1989) vermeldt verder dat er meer geld wordt uitgetrokken voor palliatieve zorg en stervensbegeleiding

11 Samenstelling: de jurist J. Remmelink (voorzitter), de artsen E. Borst-Eilers, S.A. de Lange, J.J.M. Michels en de juristen T.M. Schalken en C.J.M. Schuyt. Adviserende leden zijn: J. van Londen (voorzitter Nationale Raad voor de Volksgezondheid) en D. van Dijk (directeur-generaal wetgeving van het ministerie van Justitie), secretaris is A. Kors en adjunct-secretaris W.H.B. den Hartog Jager.
Een groot aantal van deze mensen is al eerder beroepsmatig bij het debat over euthanasie betrokken geweest. Remmelink was de advocaat-generaal in bijna alle euthanasiezaken voor de Hoge Raad tot 1994. Borst-Eilers zat zowel in de commissie van de Gezondheidsraad die het rapport van 1982 schreef als in die van het rapport van 1987. De Lange was lid van de commissie van de Gezondheidsraad die het eerste rapport over euthanasie schreef en voorzitter van de commissie die verantwoordelijk was voor het tweede rapport. Ook Michels was lid van die laatste commissie. Hij heeft bovendien een aantal publicaties over euthanasie op zijn naam staan. Dat laatste geldt ook voor Schalken, die tevens advocaat-generaal was in de Schoonheim-zaak bij het gerechtshof Amsterdam.

(handelen of nalaten) en in de factoren die daarbij een rol spelen".[12] Die derde wordt de Rotterdamse hoogleraar epidemiologie Van der Maas. Het onderzoek zal in het bijzonder inzicht moeten bieden in de relatie tussen levensbeëindiging enerzijds en de geschiedenis van de medische behandeling, de context van de medische behandeling alsmede de alternatieven voor het levensbeëindigend handelen anderzijds. Van der Maas probeert dat inzicht te verschaffen, zo blijkt later, door vier vragen te beantwoorden: wat doet de arts; met welke intentie doet de arts dat; heeft de patiënt om de handelwijze verzocht en was de patiënt wel of niet in staat zijn mening over die handelwijze kenbaar te maken. De commissie zal zo mogelijk voor 1 augustus 1991 haar rapport uitbrengen.[13]

Reacties op het voorstel voor onderzoek

De KNMG noemt het idee bij monde van zijn voorzitter Cense "nuttig om de discussie over euthanasie weer open te breken".[14] Hij merkt daarbij op dat het van politieke armoede zou getuigen als het onderzoek alleen gebruikt wordt om de besluitvorming over euthanasie uit te stellen omdat anders de geplande regeringscoalitie in gevaar komt. De NVVE juicht het onderzoek toe. Voorzitter Bakker noemt het onderzoek van belang om de kwade geur waarin tegenstanders de euthanasiepraktijk vaak stellen te weerleggen.[15] De voormalige minister van Justitie Korthals Altes vindt dat artsen niet aan het onderzoek moeten meewerken. Hij denkt dat de privacy van veel mensen geschonden wordt en spreekt van een "uitermate gevaarlijk pad."[16]

Voorbereidingen voor het onderzoek van de Commissie Remmelink

Op 11 mei 1990 ontvangt de Tweede Kamer een brief met daarin de conceptopdracht voor het onderzoek. De minister merkt op dat hij – en de staatssecretaris – de dag ervoor overleg heeft gehad met een vertegenwoordiging van de KNMG. Dat overleg heeft ertoe geleid dat de KNMG in beginsel heeft besloten haar leden te adviseren mee te werken aan het onderzoek. De minister heeft van zijn kant toegezegd met het Openbaar Ministerie te werken aan een instructie voor de politie betreffende de wijze van optreden bij de afhandeling van meldingen van euthanasie. Bij die instructie gaat het er in het bijzonder om dat het verzamelen van informatie op een discrete wijze plaatsvindt.[17]

De voorzitter van de KNMG - Cense - laat weten dat de organisatie haar medewerking aan het onderzoek heeft toegezegd ondanks de aanvankelijk bestaande aarzelingen.[18] De inzet van de KNMG was zekerheid te krijgen dat artsen kunnen deelnemen aan het onderzoek zonder dat dit consequenties heeft. Verder wil men erop kunnen vertrouwen dat de onderzoeksresultaten met de uiterste zorgvuldigheid worden bewerkt en geïnterpreteerd. Cense stelt dat de KNMG met de gemaakte afspraken tevreden is, omdat de melding van euthanasie op een zodanige wijze geregeld wordt dat het naleven van de bestaande

[12] Commissie Onderzoek Medisch Praktijk inzake Euthanasie 1991: 41.
[13] *Handelingen Tweede Kamer 1990-1991, Bijlagen,* 20 383, nr. 13. Op 5 februari 1991 wordt duidelijk dat de Commissie Remmelink de einddatum niet helemaal haalt. Zij zal niet medio april maar op 1 augustus over de eindrapportage beschikken (*Handelingen Tweede Kamer 1990-991, Bijlagen*, 21 800 VI, nr. 33)
[14] *NRC-Handelsblad* 4 oktober 1989.
[15] *De Volkskrant* 27 november 1989.
[16] *De Volkskrant* 9 april 1990.
[17] *Handelingen Tweede Kamer 1989- 1900, Bijlagen,* 21 300-VI, nr. 22.
[18] Deze aarzelingen hebben ook gezorgd voor het lange tijdsverloop tussen de instelling van de Commissie Remmelink en de brief met de conceptopdracht.

rechtsregels met goede wil aan beide kanten geen onaanvaardbare belasting voor de arts, de patiënt en zijn familie meer hoeft mee te brengen.[19]

In diezelfde maand mei hebben de vaste kamercommissies overleg over de concept-onderzoeksopdracht. De VVD, D66 en Groen Links spreken hun vrees uit voor uitstelpolitiek. Verder zijn er twijfels wat betreft de breedte van het onderzoek: men vraagt zich af of het wel goed is om ook andere vormen van levensbekortend handelen naast euthanasie te onderzoeken. De kleine christelijke partijen hebben geen behoefte aan onderzoek maar zijn wel tevreden met de verruiming van het onderszoeksveld.

Om te bewerkstelligen dat het onderzoek van de Commissie Remmelink beperkt wordt tot levensbeëindiging op verzoek, dienen D66, VVD en Groen Links een motie in.[20] Deze motie wordt door de Tweede Kamer verworpen.[21]

Zowel in het overleg van de kamercommissies als in het debat van 13 juni vraagt de SGP-er Van der Vlies wat er precies aan de orde is geweest in het overleg met de KNMG en welke prijs er betaald is voor de medewerking van de artsen. Bij de eerste gelegenheid laat de minister weten dat het overleg met de KNMG geen betrekking had op euthanasieprotocollen of meldingsformulieren.[22] De KNMG stelt echter tegenover de pers dat de minister toegezegd heeft de meldingsprocedure te gaan hanteren welke in 1986 door de landelijke overleggroep Openbaar Ministerie - Staatstoezicht op de Volksgezondheid is ontwikkeld. [23]

Op 1 november 1990 stuurt minister Hirsch Ballin de tekst van de meldingsprocedure naar de Tweede Kamer. De tekst is opgesteld in overleg met en met instemming van de genoemde overleggroep en de KNMG. De procureurs-generaal hebben met de tekst ingestemd en zullen die ter kennis brengen aan de hoofdofficieren van justitie met het verzoek in de toekomst overeenkomstig te handelen. Kort samengevat komt het erop neer dat de arts geen verklaring van overlijden mag opmaken in geval van euthanasie en dat hij de gemeentelijke lijkschouwer waarschuwt; de lijkschouwer neemt de gegevens in ontvangst, brengt verslag uit aan de officier van justitie en overhandigt hem de gegevens; op grond van het overleg met de lijkschouwer en de hem verstrekte gegevens beslist de officier van justitie of hij een verklaring van geen bezwaar tegen lijkbezorging zal afgeven. Verder adviseert de officier de top van het Openbaar Ministerie over een eventuele vervolging. Voor het geval de officier van justitie politieonderzoek nodig acht is er ook een

---

19 Cense 1990: 963. Spreeuwenberg is positief. Hij laat weten persoonlijk steeds meer te neigen naar de opvatting de toetsing van het levensbeëindigend handelen in eerste instantie in handen van de professie te leggen en noemt de meldingsprocedure een stap in de goede richting (Spreeuwenberg 1990 Geen politie).

20 *Handelingen Tweede Kamer 1989-1990, Bijlagen,* 21 300 VI, nr. 25.

21 *Handelingen Tweede Kamer 1989-1990*: 4345.

22 *Handelingen Tweede Kamer 1989-1990, Bijlagen,* 21 300 VI, nr. 24. De kleine christelijke partijen hebben al een aantal keren gevraagd naar het bestaan van richtlijnen en meldingsprocedures. Zo vroeg Leerling op 19 juni 1986 (*Handelingen Tweede Kamer 1986-1987, Aanhangsel*, nr. 44) naar de verspreiding van een meldingsformulier euthanasie binnen het politieapparaat. De minister verwees toen naar de paragraaf 7.2 beschreven procedure in Alkmaar. Een ander moment waarop dit speelde is oktober 1988 (*Handelingen Tweede Kamer 1988-1989, Aanhangsel*, nr. 183). En ook op 28 maart 1989 is een dergelijke vraag gesteld (*Handelingen Tweede Kamer 1988-198, Aanhangsel*, nr. 502).

23 Een voorstel dat door de vorige minister nooit officieel is overgenomen.

instructie inzake het politieoptreden.[24] Middels deze instructie wordt ervoor gezorgd dat politieagenten in geval van euthanasie discreet en terughoudend handelen.[25]

Zoals te verwachten is, zijn de SGP en GPV niet gelukkig met de gang van zaken. Zij vragen zich af of de minister heeft verzwegen dat er onderhandeld werd over een meldingsprocedure.[26] Op 19 februari 1991 komt Schutte (GPV) met een motie waarin verzocht wordt om de meldingsprocedure euthanasie in te trekken en voortvarend te werken aan wetgeving welke de rechtsnorm van de artikel 293 en 294 weer beter toepasbaar maakt.[27] Een van de bezwaren van SGP en GPV tegen de meldingsprocedure is dat het de desbetreffende arts zelf is die de informatie over de euthanasie verstrekt. Omdat zij graag meer betrouwbare informatie willen, menen zij dat ook de geconsulteerde arts zijn bevindingen schriftelijk moet vastleggen. In een tweede motie nodigen zij de regering uit te bevorderen dat het Openbaar Ministerie ieder geval van euthanasie waar een zelfstandig verslag van een geconsulteerde onafhankelijke tweede arts ontbreekt, nader onderzoekt. [28]

In het daarop volgende debat komt Schutte terug op hetgeen in het voorjaar van 1990 naar voren is gebracht. Hij stelt dat de opvatting van de minister over wat zich afgespeeld heeft met betrekking tot de meldingsprocedure, bepaald niet conform de waarheid is. De prijs voor de medewerking van de KNMG is in zijn optiek te hoog.[29] Van de regeringspartijen onderstreept Van den Burg (CDA) dat het doel van de meldingsprocedure is te bewerkstelligen dat artsen zoveel mogelijk melding maken van euthanasie. Ook Haas-Berger (PvdA) stelt zich achter de meldingsprocedure vanwege het belang dat euthanasie boven tafel komt. Zij erkent dat de procedure niet verschilt van de eerder genoemde concept-richtlijnen. Dees (VVD) en Kohnstamm (D66) hebben liever een goede wet dan een meldingsprocedure maar kunnen met de laatste goed leven. Beide moties worden verworpen.[30]

8.2 Levensbekortend handelen bij wilsonbekwame patiënten

Een thema dat na 1989 weer aandacht krijgt is de problematiek van de levensbekorting en -beëindiging bij wilsonbekwame patiënten. De KNMG heeft in 1985 een commissie ingesteld die een standpunt ten aanzien van deze kwestie moet voorbereiden.[31] De taak van deze Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen – in de wandelgangen de CAL genoemd – is tweeledig. Ze moet

---

[24] *Handelingen Tweede Kamer 1990-991, Bijlagen,* 21 800 VI, nr. 23. De minister vraagt de Overleggroep Openbaar Ministerie–Staatstoezicht op de Volksgezoendheid de gang van zaken rond de nieuwe meldingsprocedure een jaar na inwerkingtreding te evalueren.

[25] Beide documenten wordt gepubliceerd in *Medisch Contact* onder de noemer 'Richtlijnen meldingsprocedure euthanasie en hulp bij zelfdoding. Jarenlange onduidelijkheid voorbij'. De wijze waarop de politie onderzoek doet na een melding van euthanasie is artsen al lang een doorn in het oog. Zij klagen over het binnenvallen van geüniformeerde politieagenten op het spreekuur, over het aan komen rijden met gillende sirenes en over het urenlang verhoren van henzelf en nabestaanden. Dergelijke klachten zijn wellicht overdreven, maar verhalen van deze strekking lijken wel te rouleren onder artsen.

[26] *Handelingen Tweede Kamer 1990-1991, Aanhangsel*, nr. 319.

[27] *Handelingen Tweede Kamer 1990-1991, Bijlagen*, 22 010, nr. 1.

[28] *Handelingen Tweede Kamer 1990-1991, Bijlagen*, 22 010, nr. 2.

[29] *Handelingen Tweede Kamer 1990-1991*: 2978.

[30] *Handelingen Tweede Kamer 1990-1991*: 3128. De eerste motie krijgt alleen de stemmen van SGP, GPV en RPF; de tweede krijgt de stemmen van deze drie partijen plus D66 en Groen Links.

[31] Eerder vermeld in paragraaf 6.6. bij de reacties op het advies van de Staatscommissie Euthanasie.

> bezien 1) of en zo ja onder welke voorwaarden, opzettelijke of actieve levensbeëindiging bij de betreffende categorieën patiënten aanvaardbaar zou kunnen worden geacht en 2) zich ... bezinnen op de vraag naar de legitimatie van (levensverlengend) medisch handelen bij wilsonbekwame patiënten.[32]

Vanaf 1989 verschijnen er interim-rapporten van de commissie. Het eerste rapport betreft levensbeëindiging bij zwaar-defecte pasgeborenen, het tweede patiënten in een langdurig coma, het derde ernstig demente patiënten en het vierde hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten.[33] De behoefte uit het veld aan meningsvorming blijkt ook uit het feit dat binnen de verschillende organisaties van specialisten er ook rapporten worden opgesteld. Zo verschijnen er nota's van kinderartsen en neonatologen, van verpleeghuisartsen en van psychiaters.

Een belangrijke bijdrage van al deze rapporten aan de meningsvorming over levensbekortend handelen door artsen is dat de verschillende verantwoordelijkheden van artsen op een rij gezet worden. Dit gebeurt bij uitstek in het rapport *Doen of laten* van de Nederlands Vereniging voor Kindergeneeskunde.[34] De auteurs van dit rapport stellen het medisch-ethisch principe '*in dubio abstine* ' voorop.[35] Zij onderstrepen daarmee dat vaak niet zo zeer levensbekortend als levensverlengend handelen gelegitimeerd moet worden. Criteria voor die legitimatie zijn te vinden in het levensperspectief van de baby en de proportionaliteit van de behandeling. Soms kan het principe dat men bij twijfel af moet zien van behandeling echter niet gevolgd worden, gezien de onduidelijkheid en urgentie van de situatie. Het handelen in een dergelijke omstandigheid kan echter een dermate ongunstig resultaat hebben dat als men dat van tevoren had geweten, men niet gehandeld zou hebben. In een dergelijk situatie is, volgens de auteurs van *Doen of laten* (een visie die door

---

[32] KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen 1997: 3. Leden van de commissie zijn: J.M.C. Bakker (notulist), D.J. Bakker (chirurg), Th.C.J. Beemer (ethicus), Th.M.G. van Berkestijn (arts, secretaris-generaal KNMG), R. Braakman (neurochirurg), R.J.M. Dillmann (secretaris-arts KNMG), F. Hoogendijk (rapporteur), A. Hoogerwerf (verpleeghuisarts, adviseur), H.M. Kuitert (ethicus), C. van der Meer (internist), J.M. Minderhoud (neuroloog), J.G. Koppe (neonatoloog), J.M.G. Lanphen (huisarts), J. Legemaate (jurist), F.J.G. Oostvogel (medisch gerontoloog), W.J. Schudel (psychiater), A.J. Tholen (psychiater, adviseur), D. van Tol (psychiater), R.J.M. Vandevelde (anesthesioloog), M.M. Veering (neuroloog), P.A. Voûte (kinderarts) en F.H. Weisz (huisarts).

[33] Later, in 1997, samengevoegd in KNMG-CAL *Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten*.

[34] Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1992. De problematiek van levensbeëindiging bij pasgeborenen wordt in het onderstaande niet verder uitgewerkt omdat het buiten het domein van de euthanasie valt. Levensbeëindiging bij babies, daar mag geen misverstand over bestaan, is tussen 1987 en 1994 een onderwerp waar veel over gepubliceerd wordt met name naar aanleiding van een rechtszaak betreffende het niet behandelen van een darmafsluiting bij een baby met het syndroom van Down (*Nederlandse Jurisprudentie* 1990: 192-203). Naar later blijkt, bespreekt het College van Procureurs-Generaal in 1991 twee gevallen van levensbëindigend handelen bij ernstig gehandicapte pasgeborenen. De vergadering is dan van oordeel dat primair moet worden gestreefd naar "zorgvuldige begeleiding gericht op een natuurlijke dood, indien de geconstateerde afwijkingen bij pasgeborenen dusdanig ernstig zijn dat staken van de medische behandeling geoorloofd is". Het college sloot echter niet uit dat zich ook dan noodsituaties zouden kunnen voordoen, waarbij actieve levensbeëindiging door een arts gerechtvaardigd is. Het college besloot beide gevallen te seponeren, omdat geen genezing te verwachten viel, de dood op min of meer afzienbare termijn zou intreden en voldoende zorgvuldig was gehandeld. Ook na 1991 zijn enkele gevallen met toepassing van het opportuniteitsbeginsel geseponeerd (Van der Wal en Van der Maas 1996: 140-141). Na 1994 worden twee van dergelijke zaken voor de rechter gebracht (zie daarover paragraaf 9.3).

[35] De twijfel kan voortkomen uit de verwachting dat het kind geen kans op overleven heeft en uit de verwachting dat het kind een leven te wachten staat dat als niet-acceptabel gezien wordt.

de CAL wordt gedeeld) levensbekortend handelen zoals afzien van verdere behandelingen en wanneer dat leidt tot een onaanvaardbare situatie, levensbeëindigend handelen te rechtvaardigen.

De CAL en de NVK formuleren zorgvuldigheidseisen: voor een verantwoorde beslissing tot levensbeëindigend handelen acht men een zorgvuldige besluitvormingsprocedure noodzakelijk. Vooral met de mening van de ouders dient ernstig rekening te worden gehouden. Ook de verpleegkundigen dienen bij de besluitvorming betrokken te worden. Zeker in gevallen waarin de meningen van ouders en behandelend arts niet (helemaal) met elkaar overeenstemmen acht men het onontbeerlijk dat de behandelend arts zijn mening toetst aan die van een ervaren en onafhankelijke collega. De verantwoordelijkheid voor de uiteindelijk beslissing berust bij de behandelend arts. Deze dient de levensbeëindiging ook zelf, en *lege artis* uit te voeren. De arts moet zorg dragen voor deugdelijke verslaglegging van de feiten en overwegingen die tot de beslissing hebben geleid.[36] De NVK stelt bovendien dat na opzettelijke levensbeëindiging geen verklaring van natuurlijk overlijden mag worden afgegeven.[37]

Patiënten in een langdurig coma

Ook in het tweede CAL-rapport[38] wordt de conclusie getrokken dat vasthouden aan levensverlengend handelen niet zonder meer gelegitimeerd is. De commissie meent dat er geen aanleiding is om bij een patiënt die langdurig in coma is en met een *infauste* prognose, optredende complicaties causaal te behandelen. Verder meent zij dat van de medicus verwacht mag worden dat hij op een gegeven moment overgaat tot het staken van de behandeling. Daar valt voor de commissie ook het stopzetten van kunstmatige vocht- en voedseltoediening onder.

De commissie trekt hetgeen hierboven staat met betrekking tot ernstig gehavende pasgeborenen door naar patiënten in langdurig coma. Ook ten aanzien van deze patiënten denkt de CAL dat medisch zinloos handelen niet ingesteld moet worden en dat wanneer na het stoppen van de behandeling, een onaanvaardbare situatie ontstaat, de arts een verantwoording heeft in het opheffen daarvan. Het meest controversiële thema ten aanzien van die laatste situatie is het toedienen van een euthanaticum. De commissie meent dat als de behandeling – en ook de vocht- en voedseltoediening - gestaakt is, *de facto* daaruit het overlijden van de patiënt reeds geaccepteerd is, zodat het toedienen van middelen in dodelijke doseringen geïndiceerd kan zijn vanuit het oogpunt van stervensbegeleiding.

Ook hier formuleert de commissie een aantal zorgvuldigheidseisen die de sporen dragen van de zorgvuldigheidseisen bij euthanasie. Bij de besluitvorming behoort de eventuele wilsbeschikking van de patiënt een cruciale en doorslaggevende rol te spelen;[39] er moet

---

36 KNMG-CAL 1990 (I): 25-26.

37 De eis van het niet afgeven van de verklaring van natuurlijk overlijden wordt in het CAL-rapport niet genoemd. De commissie is van mening dat zolang de overheid niet de garantie geeft dat een arts die zich aan de zorgvuldigheidseisen houdt niet strafrechtelijk vervolgd wordt, het niet reëel is om van betrokken artsen een strikte naleving van de Wet op de Lijkbezorging te verwachten. De commissie twijfelt aan het nut van strafrechtelijke toetsing en heeft een voorkeur voor interne toetsing vooraf en, waar nodig, een tuchtrechtelijke toetsing achteraf (KNMG-CAL 1990 (I): 26).

38 KNMG-CAL 1991 (II).

39 De commissie overweegt nog of men moet stellen dat levensverlengend handelen bij comateuze patiënten slechts toegestaan kan zijn, indien daarover een expliciete wilsbeschikking van de patiënt bestaat, bijvoorbeeld in de vorm van een codicil. Een redenering die zij ziet als een zuivere gevolgtrekking uit het uitgangspunt dat medische handelingen slechts toegestaan zijn indien de patiënt daar expliciet toestemming voor heeft gegeven. Omdat men niet verwacht dat een vooraf

rekening gehouden worden met de opvattingen van familie en betrokkenen; en consultatie van een ervaren, onafhankelijke collega is vereist. Verder moet er sprake zijn van zorgvuldige uitvoering en verslaglegging.

In de tijd dat het CAL-rapport uitkomt staat de patiënt in vegetatieve toestand weer volop in de belangstelling. Voor een deel komt dat door de verderop beschreven gebeurtenissen rondom Ineke Stinissen, voor een deel door de publicatie van de nota.[40]

Ook de Gezondheidsraad is van mening, zo blijkt een paar jaar later, dat het moreel gerechtvaardigd is om medisch handelen bij patiënten in een vegetatieve toestand voorzover gericht op verlenging van het leven te staken. Dit motiveert zij door erop te wijzen dat bij het levensverlengend behandelen van comapatiënten geen genezing of verbetering verkregen wordt van de situatie van de patiënt, terwijl wel een uitzichtloze en ernstige ontluistering wordt verlengd doordat de behandeling het stervensproces blokkeert.[41] Ten aanzien van kunstmatige voedsel- en vochttoediening meent de Gezondheidsraad dat er van medisch handelen kan worden gesproken omdat de toediening op kunstmatige wijze plaatsvindt en specifieke deskundigheid vereist is. Tot stopzetting ervan mag pas worden overgegaan indien verdere behandeling zinloos is geworden en vaststaat dat de stopzetting geen onnodig lijden met zich meebrengt.[42]

Ernstig demente patiënten

Het aantal demente patiënten in Nederland is stijgende en het lijkt erop dat steeds meer mensen er behoefte aan hebben een regeling te treffen om een, in hun eigen ogen, ontluisterend levenseinde te voorkomen.[43] De discussie over de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek van deze groep is een van de grotere onderwerpen die nog op een definitief antwoord wachten. De CAL heeft ook over deze groep patiënten een rapport uitgebracht.[44]

Centraal in de benadering van de CAL staat de gedachte dat zoveel mogelijk de zelfbeschikking van de demente patiënt gerespecteerd moet worden. Daarbij probeert ze een flexibel begrip van zelfbeschikking te hanteren. Men meent dat naarmate de gevolgen

---

geformuleerde wil voldoende uitsluitsel geeft voor de arts in gecompliceerde beslissingssituaties en omdat een belangrijk deel van de bevolking niet een dergelijk codicil heeft, gaat de commissie hier niet toe over (CAL 1991 (II): 38-39).

[40] Voorbeelden: P. van der Molen, *Coma, een ander leven* (Kampen 1989); Nederlands Artsenverbond, 'De behandeling van langdurig comateuze patiënten (commentaar), *Medisch Contact* 1991: 665-669; Katholieke Vereniging van Ziekeninrichtingen, *Beslissen over het leven van comapatiënten* (Utrecht 1992); Werkgroep prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, 'Zorg voor comapatiënten: bespreking KNMG-discussienota "levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten"', *Medisch Contact* 1991: 1481-1484; G. Holdijk, J. Mulder en W.L.H. Smelt, *Levensbeëindigend handelen bij langdurig comateuze patiënten. Reaktie op: KNMG-Discussienota. Deel II. Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten* ('s-Gravenhage 1992); Vakgroep Gezondheidswetenschap Groningen, *Langdurig coma: ervaringen van familieleden van patiënten in een langdurig coma* (Groningen 1992); D. Pranger, *Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten* (Amsterdam 1992); J.H.H.M. Dorscheidt, 'Grenzen van kunstmatige voedsel en vocht-toediening bij langdurig comateurze patiënten', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 135-147.

[41] Gezondheidsraad 1994: 48-49.

[42] Gezondheidsraad 1994: 59.

[43] Een indicatie daarvoor is de ontwikkeling van schriftelijke wilsverklaringen, onder andere door de NVVE, waarin behandelingen worden geweigerd in geval men ernstig dement is geworden, dan wel in die situatie om euthanasie verzoekt.

[44] KNMG-CAL 1993 (III).

van handelingen of beslissingen van patiënten ernstiger zijn, er hogere eisen gesteld moeten worden aan wilsbekwaamheid, dan wel een strikter criterium gehanteerd moet worden voor de bepaling ervan. De waarneming van de ernst van de gevolgen is volgens de commissie mede afhankelijk van de ernst van de dementie en de levensverwachting van de patiënt.

Ook deze keer stelt de commissie de morele aanvaardbaarheid van levensverlengend handelen voorop. De CAL meent dat bij levensverlengend handelen de opvatting van de patiënt, voorzover deze (op indirecte wijze) bepaald kan worden, de doorslag geeft. Wanneer de patiënt zijn opvatting niet meer kan meedelen, dient de legitimatie bepaald te worden aan de hand van: 1) de veronderstelde wil van de patiënt, 2) de belasting van het handelen, 3) de positieve effecten van het handelen en 4) het belang van de patiënt. Er zijn volgens de commissie situaties waarin op grond van deze afweging een levensverlengende behandeling niet meer gelegitimeerd is.[45]

Wanneer levensverlengend handelen niet meer gelegitimeerd kan worden, kan de vraag naar de legitimiteit van levensbekortend handelen aan de orde komen. Daarbij spelen, volgens de CAL, de bovengenoemde vier aandachtspunten eveneens een rol. De commissie onderstreept dat de hulpverlening gehouden is gevolg te geven aan een schriftelijke wilsverklaring waarin een levensverlengende behandeling geweigerd wordt. De commissie meent dat herhaalde voedselweigering door een ernstig demente patiënt gerespecteerd dient te worden en dat er situaties kunnen ontstaan waarin sondevoeding gestaakt kan worden. Een derde wijze van levensbekorting – symptomatische behandeling met levensbekorting als neveneffect – zal ook in de regel geaccepteerd worden, denkt de commissie. Als vierde vorm van levensbekorting noemt de CAL de levensbeëindiging. De meningen hierover lopen uiteen, ook binnen de commissie.[46]

Degenen die levensbeëindiging niet uitsluiten zien drie mogelijke situaties waarin het kan plaatsvinden. De eerste is dat de patiënt een schriftelijke wilsbeschikking heeft opgesteld waarin om levensbeëindigend handelen wordt verzocht en er is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie. De commissie meent dat indien er naast de ernstige dementie ook nog andere verschijnselen zijn die wijzen op een ernstig lijden, aan het criterium van ondraaglijk en uitzichtloos lijden wordt voldaan. Op de tweede plaats zou ook in uitzonderlijke gevallen de veronderstelde wil grond geven voor levensbeëindiging. Dan mag er echter geen enkele twijfel bestaan over de juistheid van deze reconstructie. Indien noch een wilsbeschikking, noch een overtuigend geconstrueerde eigen wil van de patiënt aanwezig is, kan een grond voor levensbeëindigend handelen hooguit gelegen zijn in het beëindigen van een situatie die evident in strijd is met de menselijke waardigheid. Het moet hier handelen om een kennelijke noodsituatie waarin er sprake is van ernstig, duurzaam en manifest lijden bij een ernstig demente patiënt, terwijl dat lijden op geen enkele aanvaardbare wijze kan worden afgewend. Over deze kwestie spreekt de commissie zich niet uit, maar zij meent dat nadere discussie gewenst is.[47]

De commissie acht het wenselijk dat instellingen duidelijk zijn inzake de inhoud van het beleid rond levensbekortend handelen en wijst op het belang van het vastleggen van procedures.[48]

---

[45] KNMG-CAL 1993 (III): 32-35.
[46] KNMG-CAL 1993 (III): 35-41.
[47] KNMG-CAL 1993 (III): 63-64.
[48] KNMG-CAL 1993 (III): 61. In de periode 1994-2002 spreekt de beroepsgroep van verpleeghuisartsen zich uit over het beleid ten aanzien van demente bejaarden en komt met name de

Met haar eerste drie rapporten heeft de CAL (en de NVK) belangrijke terreinen van het levensbekortend en levensbeëindigend haden bij wilsonbekwame patiënten verkend. Twee zaken vallen op. Ten eerste de omkering van hetgeen gelegitimeerd dient te worden: niet levensbekorting maar levensverlenging. Ten tweede hoe veel lering men weet te trekken uit hetgeen in het euthanasiedebat gebeurd is. Dit betreft niet alleen de zorgvuldigheidseisen maar ook het richten van de aandacht op datgene wat bindt en het spenderen van weinig tijd aan ideologische discussies. Verder heeft men blijkbaar de les getrokken dat het beter is om als beroepsgroep zelf een probleem aan te dragen en op te lossen, nog voor het maatschappelijk debat erover begonnen is.

8.3 Rechtszaken en nieuwe ontwikkelingen

Hulp bij zelfdoding door een echtgenoot en een vriendin

In 1989 staan een man en een vrouw terecht die de echtgenote van de eerste geholpen hebben een einde te maken aan haar leven. De echtgenote, die aan *dystrofie* lijdt, vraagt haar man, nadat zij gehoord heeft dat haar hand, de enige ledemaat die zij nog enigszins kan gebruiken, aangetast is door de ziekte, een einde aan haar leven te maken. Hij besluit aan haar wens tegemoet te komen en samen met een vriendin helpt hij de vrouw pillen te slikken waaraan zij overlijdt.

De echtgenoot en de vriendin doen een beroep op overmacht, maar de rechtbank wijst dit beroep af. De rechtbank heeft weliswaar begrip voor de dramatische situatie maar acht levensbeëindiging waarbij de beslissing daartoe niet is genomen door een arts in het kader van zorgvuldig medisch handelen, een dermate laakbare zaak, dat een strafrechtelijk oordeel op zijn plaats is. Ten aanzien van de vriendin wijst de rechtbank erop dat zij wist dat haar handelen in strijd was met de wet en met de zorgvuldigheidseisen. Haar gedrag wordt dan ook als meer laakbaar gezien dan dat van de echtgenoot. Beiden worden veroordeeld tot een gevangenisstraf van zes maanden voorwaardelijk.[49]

Reanimatie ondanks niet-reanimeerverklaring

Een zaak waarover nogal wat rumoer ontstaat is de nasleep van een reanimatie ondanks een niet-reanimeerverklaring. De vrouw in kwestie heeft in juni 1982 een zelfmoordpoging gedaan. Zij wordt gevonden met bij zich de lege strips Vesparax, een euthanasieverklaring, een niet-reanimeerverklaring en een briefje aan haar huisarts waarin deze gezegd wordt zich te houden aan de bijgevoegde verklaringen. De huisarts doet dit, maar de zoon van de vrouw weet de politie zo ver te krijgen dat een ambulance wordt opgeroepen. In het ziekenhuis besluit de dienstdoende internist de maag van de vrouw leeg te spoelen en haar te intuberen voor een eventuele reanimatie. Na overleg met de directeur van het ziekenhuis en de huisarts – die laat weten dat hij voor zichzelf besloten heeft niet in te grijpen – gaat de internist over tot reanimatie.

---

wijze van reageren op voedselweigering aan de orde. Gegevens hierover zijn te vinden in paragraaf 9.4. De CAL heeft nog een vierde tussenrapport uitgebracht over hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten. De ontwikkelingen op dat terrein worden in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschreven in samenhang met rechtszaken die daarop betrekking hebben.

[49] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1990: 49-53.

De vrouw dagvaart de internist en het ziekenhuis tot vergoeding van materiële en immateriële schade. De dokter verantwoordt zijn handelen door erop te wijzen dat hij alleen beschikte over de – overigens onvolledig ingevulde - niet-reanimeerverklaring en dat hij geen gegevens had om te kunnen bepalen of de vrouw *compos mentis* was. Ook de huisarts kon hem wat dit laatste betreft niet helpen. De niet-reanimeerverklaring verschafte bovendien onvoldoende zekerheid omtrent de identiteit van de steller.

Op 13 december 1989 overweegt de rechtbank Zwolle dat een arts, alvorens een besluit te nemen al of niet te reanimeren na een poging tot zelfmoord, een gegeven de omstandigheden voldoende diepgaand onderzoek dient in te stellen naar een eventuele wilsverklaring. De arts moet zich vergewissen of de patiënt op het moment van het besluit tot suïcide in staat was zijn wil voldoende te bepalen. Verder moet hij zich vergewissen van het feit of de wilsbepaling en de daarop volgende wilsuiting voldoende uitdrukkelijk en weloverwogen waren. Wanneer deze duidelijkheid onvoldoende verkregen kan worden, kan het de betrokken arts niet verweten worden dat hij vervolgens beslist om tot reanimatie over te gaan. De rechtbank meent dat het op de weg van eiseres had gelegen en dat het voor haar risico was voor zodanige informatie te zorgen dat diegenen die mogelijk zouden moeten beslissen over al of niet reanimeren een zo verantwoord mogelijke beslissing konden nemen. Dat was in deze casus niet het geval. De vrouw is wat betreft de informatieplicht ook onvoldoende duidelijk geweest. Zij heeft de niet-reanimeerverklaring niet helemaal ingevuld en ze heeft geen naam vermeld van iemand die om nadere informatie gevraagd kon worden. Ook blijkt uit geen van de bij eiseres gevonden bescheiden genoegzaam of zij ten behoeve van het suïcidebesluit wilsbekwaam was.

Al met al meent de rechtbank dat het voor risico van de vrouw was dat de artsen in de korte tijd die zij hadden geen of te weinig informatie hebben kunnen krijgen betreffende de geestestoestand waarin zij verkeerde op het moment van het suïcidebesluit. De artsen kan geen onrechtmatig handelen en dus geen onbehoorlijke zaakwaarneming worden verweten. Daarom worden de vorderingen afgewezen.[50]

De lotgevallen van Ineke Stinissen (II)

Zoals gezien in paragraaf 5.4 had Gerard Stinissen de officier van justitie in Almelo gevraagd te verklaren dat hij de arts die op zorgvuldige wijze het leven van zijn vrouw – die al tien jaar in coma ligt – beëindigt niet zal vervolgen. Nadat de officier gesteld had dat hij daartoe niet kon overgaan spande Stinissens advocaat, Sutorius, in juni 1987 een civiele procedure aan bij de rechtbank Almelo.

Sutorius vroeg de rechtbank de volgende verklaring af te leggen: het is rechtmatig op Ineke Stinissen een medische ingreep te laten toepassen waardoor ze een goede dood sterft; dan wel: het is rechtmatig dat het verpleeghuis de behandeling, verzorging en kunstmatige

[50] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1990: 286-289. De uitspraak van de rechtbank ligt in het verlengde van een advies van de Gezondheidsraad in 1986. De Gezondheidsraad stelde dat iemand die als gevolg van een suïcidepoging in een toestand wordt aangetroffen waarin hij zijn wil niet kenbaar kan maken, volgens de regels van de geneeskunst moet worden behandeld, tenzij hij een uitdrukkelijke, schriftelijke verklaring heeft achtergelaten dat hij niet wil behandeld worden. De Gezondheidsraad wijst erop dat in de praktijk nogal eens de aangetroffen verklaring niet een zo heldere wilsverklaring bevat dat daarin een eenduidig verbod op behandeling kan worden gelezen. In dat geval moet volgens de Gezondheidsraad tot behandeling worden besloten. Alleen indien een verklaring wordt aangetroffen waaruit ondubbelzinnig kan worden afgeleid dat de betrokkene niet wenst te worden behandeld zal van medisch ingrijpen moeten worden afgezien (Gezondheidsraad 1986: 231).

voeding van mevrouw Stinissen staakt, omdat haar toestemming daarvoor geacht wordt te ontbreken; dan wel: het is rechtmatig dat Stinissen haar uit het verpleeghuis weghaalt.

De vraag waar het uiteindelijk om draait is of het toedienen van kunstmatige voeding een medische handeling is. Zo ja, dan mag die naar het geldend recht gestaakt worden in geval de behandeling als medisch zinloos kan worden aangemerkt of in geval er geen sprake (meer) is van toestemming van mevrouw Stinissen. De instelling waar mevrouw Stinissen verblijft, gaat ervan uit dat zij wordt verzorgd en niet behandeld. Bovendien acht het tehuis het staken van voedsel- en vochttoediening onmenselijk.

De rechtbank stelt in haar vonnis vast, dat de kunstmatige voeding bij mevrouw Stinissen dient te worden aangemerkt als overwegend medisch handelen. Maar de rechtbank acht ook - gelet op de wettelijke bepalingen tot bescherming van het leven - de beslissing van de arts van mevrouw Stinissen om haar leven in stand te houden rechtens juist.[51]

In december 1989 legt Stinissen dezelfde vorderingen voor bij het Gerechtshof Arnhem. Hij meent dat het onterecht is dat de rechtbank de kunstmatige toediening van voedsel en vocht niet heeft aangemerkt als ‘medisch zinloos’ handelen.

Het gerechtshof overweegt dat in een geval als deze de rechter terughoudendheid past. Het gaat hier om vragen van levensbeschouwelijke en medisch-ethische aard waarover in de samenleving diepgaande verschillen van inzicht bestaan en waarvoor geen specifiek juridisch kader voor handen is. Bovendien moet de rechter terughoudend zijn omdat de beslissing over de vraag of een medisch behandeling zinloos is, geen juridisch oordeel is maar een oordeel dat, in beginsel, door de arts beantwoord moet worden aan de hand van de medisch professionele standaard.

Het hof is met de rechtbank van oordeel dat in deze casus sprake is van medisch handelen dat indien zinloos, gestopt mag worden, hoe groot het verzorgingsaspect ook is. De vordering de behandeling te stoppen omdat die zinloos is, wordt echter afgewezen. Het hof meent dat in een casus als deze de kunstmatige toediening van vocht en voedsel niet zo zeer in strijd is met heersend medische inzicht, dat de medisch-ethische opvattingen van het verpleeghuis en zijn directeur daarvoor zouden moeten wijken. Verder meent het hof dat ieder aanknopingspunt ontbreekt voor een beoordeling van de vraag hoe mevrouw Stinissen zelf zou hebben gedacht over de situatie waarin zij zich nu bevindt.[52]

Na deze uitspraak besluit de behandelend arts van mevrouw Stinissen in januari 1990 de kunstmatige voedsel- en vochttoediening te staken omdat deze behandeling naar zijn medisch oordeel zinloos is. [53] Op 19 januari 1990 overlijdt Ineke Stinissen, elf dagen na het stopzetten van de kunstmatige voeding.[54]

---

[51] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1987, 338 e.v. Vroom-Kastelein en Van Es noemen de weigering van de rechtbank om een beslissende uitspraak te doen onbevredigend: “Dit leidt tot het onbevredigende resultaat dat de patiënt afhankelijk is van de opvattingen van zijn behandelend arts. Opvattingen die niet alleen strikt medisch, maar ook maatschappelijk en levensbeschouwelijk gekleurd zijn. Juist om die reden is een rechterlijke uitspraak gewenst” (Vroom-Kastelein en Van Es 1987: 955).

[52] In de overige vorderingen wordt Stinissen niet-ontvankelijk verklaard (*Nederlandse Jurisprudentie* 1989, nr. 909).

[53] Spreeuwenberg en Kuitert spelen in deze decembermaand een belangrijke rol in de casus Stinissen. Zij bemiddelen tussen de arts van Ineke Stinissen en het bestuur van de instelling en bereiken dat de instelling ermee instemt dat de arts zijn eigen beslissing kan nemen, in dit geval het staken van de behandeling (interview Spreeuwenberg mei 2001).

Ondanks aandringen door onder andere de Nederlandse Patiënten Vereniging gaat de officier van justitie niet over tot vervolging van de arts en de instelling.[55] In de motivering van deze beslissing in de Tweede Kamer benadrukt minister Hirsch Ballin de uniciteit van de zaak. Verder stelt hij dat de officier in het voetspoor van het Gerechtshof Arnhem gemeend heeft dat het in deze casus in beginsel om een medische aangelegenheid handelde. Volgens de minister is komen vast te staan dat zowel bij de besluitvorming als bij de uitvoering van de beslissing met grote zorgvuldigheid te werk is gegaan. Hij meent dat aan deze beslissing geen verruiming van de euthanasiepraktijk verbonden kan worden.[56]

De NVVE

De NVVE is in 1988, na een moeilijke periode naar aanleiding van de bestuurscrisis[57], uitgegroeid tot een organisatie van 35.000 leden. Vanaf dan zal de organisatie in een versneld tempo groeien van ongeveer 76.000 in 1994 tot meer dan 100.000 in 1998. In het kantoor in Amsterdam en in den lande zijn in 1994 zo'n 12 beroepskrachten en ongeveer 130 vrijwilligers actief. De laatsten zijn met name actief in de 'Ledenhulpdienst', het 'Sprekerskader', de 'Presentatiedienst' en verschillende commissies. De 'Ledenhulpdienst' – later omgedoopt in 'Ledenondersteuningsdienst' – beantwoordt vragen om hulp en informatie en bezoekt mensen die daar behoefte aan hebben. Het 'Sprekerskader' en de 'Presentatiedienst' houden lezingen in den lande en bemensen *stands* op beurzen en conferenties. Bij de commissies kan men denken aan de commissie artsen, de commissie verpleegkundigen en verzorgenden, en natuurlijk het bestuur van de vereniging.[58]

De NVVE heeft zich bij haar oprichting twee taken gesteld: de maatschappelijke acceptatie en de legalisering van euthanasie. Als organisatie die opkomt voor het cliëntenperspectief richt zij haar activiteiten op politieke lobby, op het ondersteunen van artsen en *last but not least* op het ondersteunen van mensen die problemen ervaren op het terrein van de

---

De Nederlandse Patiënten Vereniging die in december 1989 in een brief een beroep heeft gedaan op de instelling waar mevrouw Stinissen verblijft niet over te gaan tot het staken van behandeling, heeft zich tot de minister van Justitie en tot het Openbaar Ministerie gewend met het verzoek in te grijpen door middel van een strafvervolging indien de behandeling gestopt zou worden. Als duidelijk wordt dat de behandeling gestopt is, spant de organisatie een kort geding aan tegen het verpleeghuis. Daarin vordert zij de hervatting van de gestaakte behandeling. De rechtbank Almelo verklaart de aanklagers niet-ontvankelijk en oordeelt dat de vordering ook op inhoudelijke gronden niet toewijsbaar is (*Kort Geding* 1990, nr. 32). Tegen dit vonnis wordt hoger beroep aangetekend maar het Gerechtshof Arnhem bevestigt het vonnis van de rechtbank (*Nederlandse Jurisprudentie* 1990, nr. 470). De hoogleraar anesthesiologie Smalhout laat in de krant en voor de televisie weten dat het stoppen van voedsel en vocht een mensonwaardige dood is. Hij uit zich in termen van "deze dood is verschrikkelijk om aan te zien" en "je zou het een hond nog niet aandoen" (B. Smalhout: 'Een monument van onmacht en lafheid', *NRC-Handelsblad* 15 januari1990). Hoe hevig de reacties zijn die deze zaak oproept blijkt wel uit de term die Spreeuwenberg gebruikt om Smalhout aan te duiden: 'aasgier' (Spreeuwenberg 1990: Aasgieren).

[54] Kooij 1996: 19.

[55] *Handelingen Tweede Kamer 1989-1990, Aanhangsel*, nr. 742.

[56] De vergadering van procureurs-generaal heeft ingestemd met het besluit van de officier en ook de minister – hij had aangekondigd dat wanneer mevrouw Stinissen zou sterven er een justitieel onderzoek zou volgen - acht de beslissing verantwoord (*Handelingen Tweede Kamer 1989-1990, Aanhangsel*, nr. 742). Op eerdere kamervragen over deze zaak antwoordde staatssecretaris Simons dat van een algemene betekenis voor andere comapatiënten niet kan worden gesproken (*Handelingen Tweede Kamer 1989-1990, Aanhangsel*, nr. 281).

[57] Beschreven in paragraaf 7.1.

[58] NVVE, *Jaarverslag 1994* (Amsterdam 1995).

vrijwillige levensbeëindiging. Deze problemen lopen uiteen van informatieve vragen en vragen om modellen van schriftelijke wilsbeschikkingen tot concrete hulp bij hun zelfdoding.

De NVVE hanteert als voornaamste principe dat zij wel bemiddelt bij het verkrijgen van een ‘zachte dood’ maar dat zij zelf geen middelen daarvoor verstrekt. De vereniging is in de loop der jaren wars gebleken van het aanreiken van methoden, waarmee mensen zelf het einde van hun leven kunnen bewerkstelligen.[59] Wel werd soms in persoonlijke gesprekken desgevraagd verteld met welke middelen de dood bereikt kan worden. De NVVE rekent het vooral tot haar hulpverleningstaak mensen de mogelijkheid te bieden om hun hart te luchten omtrent hun doodswens, het bemiddelen tussen patiënten en hun, wat betreft euthanasie of hulp bij zelfdoding, onwillige arts en het verwijzen naar een arts waarvan bekend is dat die in principe bereid is euthanasie toe te passen. Bij deze verwijzingen betreft het meestal artsen, die bereid zijn om de patiënt in zijn of haar praktijk op te nemen, en een enkele keer artsen die bereid zijn iemand, die niet bij hen in behandeling is, te helpen sterven. [60]

Reeds vroeg in haar bestaan is de NVVE geconfronteerd met het probleem dat ook andere mensen, dan zij die ernstig lijden en (bijna) in de terminale fase verkeren, hulp vragen om te kunnen sterven. Het gaat daarbij met name om drie groepen mensen: hoogbejaarden die zich ‘versleten’ voelen en niet langer willen leven, chronisch zieken die niet nog jaren door willen gaan en mensen die met name vanwege psychische nood om hulp bij zelfdoding vragen.[61] Een vraag waar de NVVE mee worstelt is of ze hulp aan deze mensen ook tot haar taak moet rekenen. Moet naast euthanasie (levensbeëindiging bij mensen met een groot somatisch lijden) ook hulp bij zelfdoding (levensbeëindiging van mensen wier lijden een grote psychische component heeft, van mensen wier dood lichamelijk gesproken niet aanstaande is) worden opgenomen in de doelstelling van de NVVE?

Begin jaren tachtig had de NVVE besloten dat hulp bij zelfdoding (bij de laatstgenoemde groep) niet tot haar takenpakket behoorde. Er is toen wel een psycholoog aangesteld die hulpvragen uit deze categorie beantwoordt. In 1988 spreekt het algemeen bestuur opnieuw over de problematiek. De vraag wordt opgeworpen of op een verantwoorde wijze omgegaan wordt met het vraagstuk van de hulp bij zelfdoding. Een daartoe aangestelde commissie brengt in 1991 verslag uit. De commisie is van mening dat de hulpdienst voor zelfdodingvraagstukken voortreffelijk werk levert.

In het rapport van de commisie krijgt het zelfbeschikkingsrecht een prominente rol toebedeeld.[62] Aanvaarden van het zelfbeschikkingsrecht betekent voor de commissie dat men ervan uitgaat dat de mens zijn wil kan bepalen, tenzij het tegendeel blijkt. Dit laatste zal voor ieder aan wie om hulp gevraagd wordt, een essentieel deel van zijn onderzoek moeten vormen. Hij zal eerst moeten nagaan of de hulpvrager tot een weloverwogen oordeel in staat is. Ondraaglijk en uitzichtloos lijden acht de commissie geen voorwaarde

---

[59] In paragraaf 4.3 werd al vermeld dat de NVVE het niet verstandig achtte een vertaling van het Schotse boekje met ‘doe-het-zelfmethoden’ te maken. De in die Schotse brochure aanbevolen ‘plastic zakmethode’ is in Nederland bekend geworden door het eerder vermelde boek van Sybrandy en Bakker 1984 en door de vertaling van het boek *Final Exit* (Humphry 1992).

[60] Een aantal van deze laatsten - zo zal in paragraaf 9.2 blijken – worden in de jaren negentig vervolgd wegens het toepassen van euthanasie.

[61] *Euthanavisie* 1992, nr.1: 9. Van een onderzoek bij de NVVE op het laatst genoemde terrein wordt verslag gedaan in Bobbe, Morritz en Bareman 1990: 373-383.

[62] De commissie die het rapport schrijft vindt het niet nodig diepgaande beschouwingen te wijden aan het uitgangspunt van het zelfbeschikkingsrecht omdat “het in brede kring en zeker binnen de NVVE aanvaard wordt” (NVVE 1993, oorsponkelijke druk maart 1991): 10.

voor hulp bij zelfdoding.[63] De commissie wijst in dit kader op hoogbejaarden en volledig van anderen afhankelijke invaliden die duurzaam en consistent de dood wensen zonder dat er sprake is van ondraaglijk lichamelijk of psychisch lijden. Als voorwaarden voor geoorloofde hulpverlening ten aanzien van het verzoek ziet de commisie: 1. de hulpvrager heeft zijn beslising in vrijheid genomen, heeft rechtsstreeks aan de hulpverlener om hulp gevraagd en heeft dit schriftelijk vastgelegd; 2. De vraag om hulp is duurzaam en de hulpvrager ziet de zelfdoding als enige uitweg.[64]

Naar aanleiding van dit rapport breidt de NVVE in 1991, na een discussie van een decennium, haar doelstelling uit. Vanaf dan streeft de vereniging niet alleen naar de sociale aanvaarding en legalisatie van vrijwillige euthanasie, maar ook naar maatschappelijke acceptatie en legalisatie van hulp bij zelfdoding.[65]

De ‘pil van Drion’ en ‘klaar met leven’

In 1991 publiceert Drion, oud-raadsheer van de Hoge Raad, een essay met de titel ‘Het zelfgewilde einde van oude mensen’.[66] In dat essay verdedigt Drion de gedachte dat oude mensen een einde aan hun leven moeten kunnen maken op een voor henzelf en hun omgeving aanvaardbare manier.

Drion denkt dat de grote, meestal niet uitgesproken, zorg van veel oude mensen is dat er voor hen een moment zal komen waarop zij ook in de meest elementaire dingen van het leven door lichamelijke en/of geestelijke achteruitgang niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Deze bedreiging zoveel mogelijk weg te nemen, lijkt hem een essentiële verplichting voor een samenleving waarin het aantal oude mensen sterk toeneemt. Het antwoord ligt voor Drion niet in een aanbod van zorg. Een dergelijk aanbod is essentieel maar niet voldoende voor degenen die gespaard wensen te blijven voor een leven dat nog slechts met zulke zorg van anderen gecontinueerd kan worden. Alhoewel Drion onderkent dat de maatschappij er belang bij heeft te gemakkelijke suïcides te voorkomen, vraagt hij zich af of dit argument opgaat voor oude mensen: zij weten immers beter wat voor leven ze afsnijden dan jongeren. Drion is er duidelijk over: wat hij bepleit, gaat voor oudere mensen van een grotere autonomie uit dan waar tot dusver bij de discussies over euthanasie aan pleegt te worden gedacht. [67]

Het idee van Drion is nauw verwant met wat genoemd wordt de ‘klaar met leven’ problematiek. Bij deze problematiek handelt het om mensen die over het algemeen heel oud zijn en lijden aan een veelheid van lichamelijke klachten – niet meer kunnen zien, horen en/of lopen. Er zijn door artikelen van artsen en door berichten in kranten een aantal van deze zaken bekend. Zo stelt Het Openbaar Ministerie in Den Haag strafvervolging in tegen een huisarts uit het Westland omdat hij euthanasie heeft toegepast op een 94-jarige man.

---

[63] Zij vindt daarvoor aanknopingspunten in het boek van Kuitert 1983.

[64] NVVE 1993: 25. Daarnaast stelt de commissie voorwaarden aan de hulp en de hulpverlener.

[65] De commissie die het standpunt voorbereid heeft, ziet ook een strategische reden voor de uitbreiding van de doelstelling op dat moment: als men een regeling ten aanzien van euthanasie voor mensen met een lichamelijk lijden – artikel 293 – tot stand brengt en daarna iets soortgelijks zou proberen met betrekking tot hulp bij zelfdoding – artikel 294 – moet men erop rekeken dat dat op grote weerstand zal stuiten (NVVE 1993: 15).

[66] Voor het eerste gepubliceerd in *NRC-Handelsblad* van 19 oktober 1991. Later gepubliceerd in Drion 1992.

[67] In een onderzoek door Intromarkt blijkt dat een kwart van de Nederlanders gezonde maar eenzame ouderen een recht op zelfdoding in samenspraak met een arts gunt en 18% vindt de tussenkomst van een arts niet noodzakelijk (Ruizeveld 1992).

De man woonde op zichzelf en was lichamelijk noch geestelijk ziek. Maar hij kreeg ouderdomsverschijnselen en werd bedlegerig. Omdat hij absoluut niet afhankelijk wilde zijn, vroeg hij zijn arts hem te laten sterven. Dit gebeurde in november 1991. De arts meldde zijn handeling maar is nooit voor de rechter gekomen.[68]

De NVVE zal het idee van Drion snel overnemen. De vereniging bestudeert het probleem van het 'zelfgewilde einde van oude mensen' en publiceert in 1996 een wetsvoorstel waarin het idee is opgenomen.[69]

8.4 Onderzoeksgegevens over de euthanasiepraktijk en over protocollen en richtlijnen

Gegevens over de praktijk van euthanasie

Wat betreft de frequentie van de verzoeken om euthanasie en de uitvoering ervan is reeds vóór het landelijke onderzoek van de Commissie Remmelink enige informatie beschikbaar. Zo publiceert de gezondheidsrechtjurist Van Wijmen in 1989 een rapport waarin hij probeert tot een overzicht te komen van de toepassingen van 'euthanasie'.[70] 'Euthanasie' staat hier tussen aanhalingstekens omdat het onderzoek conceptueel niet erg helder is (ook opzettelijke levensbekorting door nalaten valt eronder) en omdat blijkbaar ook de respondenten verschillende definities van 'euthanasie' hanteerden. Wat betreft dit laatste merkt Benjaminsen, iemand die in dezelfde tijd in Utrecht onderzoek heeft gedaan, op dat bij professionals verwarring bestaat over de betekenis van de term 'euthanasie'.[71]

Uit het materiaal van een derde onderzoeker – Melief[72] - valt af te leiden dat volgens artsen de oorzaken voor het naar voren komen van vragen om levensbeëindiging niet zozeer in het lichamelijk lijden (pijn en benauwdheid) liggen, maar in de combinatie van lichamelijke factoren en de geestelijke reacties daarop. Bij de lichamelijk factoren moet gedacht worden

---

[68] *Het Parool* 26 april 1993. De psychiater Chabot maakt er in zijn boek *Sterven op drift* melding van dat hij bij een dergelijke casus als consulent is opgetreden (Chabot 1996: 79-94). Verder heeft ook de huisarts Weisz verslag gedaan van zijn euthanaserend handelen in een dergelijke casus (Weisz 1994). Weisz meldt daarbij dat het Openbaar Ministerie besloten heeft hem niet te vervolgen. Pranger reageert op deze casus met de stelling dat de grenzen van de geneeskunde heel ver overschreden zijn omdat het hier een vrouw met existentiële nood betrof en niet het lenigen van ondraaglijk lijden (Pranger 1994).

[69] NVVE 1996.

[70] Van Wijmen 1989. Hem is gebleken dat iets meer dan de helft van de artsen in de voorafgaande jaren een verzoek om 'euthanasie' heeft gehad. Ongeveer tweederde van de artsen gaf aan in 1983 en 1984 'euthanasie' te hebben toegepast. Slechts 9% van de ondervraagden had ooit gemeld dat hij 'euthanasie' had toegepast. Tweevijfde van de respondenten gaf aan op zijn minst een keer een leven te hebben beëindigd zonder dat de patiënt daarom had gevraagd. Ongeveer viervijfde van de dokters gaven aan bereid te zijn 'euthanasie' toe te passen. De meesten van hen waren niet bereid hulp bij zelfdoding te geven. Zelfdoding werd blijkbaar geassocieerd met psychische problemen (Van Wijmen 1989: 30-32).

[71] Benjaminsen 1988: 63. Benjaminsen meldt dat het overgrote deel van de respondenten wel eens met euthanasieverzoeken geconfronteerd is. Het algemene beeld dat hij schetst wat betreft euthanasie is dat het zeer weinig gebeurt, ongeveer 1 geval van euthanasietoepassing op 3 à 4 verzoeken (Benjaminsen 1988: 64).

[72] Melief 1991. Hij heeft vraaggesprekken gevoerd met 45 hulpverleners: 12 dokters werkzaam in instituties, 12 huisartsen, 11 personen werkzaam in de verpleging in instituties, 7 wijkverpleegkundigen, 2 medisch-maatschappelijk werkers en 2 vrijwilligers.

aan pijn, het zich beroerd voelen, tot niets meer in staat zijn, uitval van lichamelijke functies en duidelijk waarneembare lichamelijk aftakeling. Bij de geestelijke reactie moet men denken aan gevoelens van onmacht, niet-waardigheid en uitzichtloosheid, die nog versterkt worden door het vooruitzicht dat het alleen nog maar beroerder kan worden.[73]

Melief concludeert dat artsen de volgende condities aan 'euthanasie'[74] stellen: er moet sprake zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden; de dood moet dichtbij zijn, zowel in tijd als in conditie van de patiënt; het verzoek moet worden gedaan vanwege een lichamelijk lijden[75]; de problemen kunnen niet op een andere wijze opgelost worden; de patiënt moet nog in staat zijn duidelijk zijn wil kenbaar te maken; de vraag om euthanasie moet consistent en duurzaam zijn; en de vraag moet van de patiënt komen en niet van de familie. Condities die wel genoemd werden maar niet door allen onderschreven worden, zijn: instemming van de familie; instemming van de verpleging; melden als euthanasie; consultatie bij een collega.[76]

Melief merkt op dat in de praktijk drie methodes van 'euthanasietoepassing' kunnen worden onderscheiden: de snelle methode (het toedienen van een euthanaticum), de langzame methode (het toedienen van morfine) en het verstrekken van een euthanaticum dat de patiënt zelf inneemt.[77] Het gebruik van de snelle methode viel bijna altijd samen met de toepassing van euthanasie in het kader van een officiële procedure in een institutie of toegepast volgens de zorgvuldigheidseisen in de thuiszorg. Daardoor betrof het bijna allemaal casus die aangemeld waren als een niet-natuurlijke dood. Daar waar de langzame methode werd gebruikt, werd bijna altijd 'natuurlijke dood' ingevuld. Melief meent dat indien men een natuurlijke dood invult het begrijpelijk is dat men eerder kiest voor de langzame methode met zijn grote overeenkomst met pijnbestrijdiing. Hij tekent verder aan dat de onderzoeksresultaten ten dele een beschrijving van feitelijk handelen zijn en ten dele van opvattingen van hulpverleners hoe men dient te handelen. Melief meent dat het aanbeveling verdient onderzoek uit te voeren naar de relatieve voordelen van de snelle en langzame methoden van 'euthanasietoepassing'. Hij denkt daarbij zowel aan de medisch-technische als aan de psychosociale aspecten. Daarbij acht hij het van belang ervoor te zorgen dat het al dan niet invullen van een verklaring van natuurlijk overlijden geen vertroebelende rol

---

[73] Melief: 94. Dit beeld had Benjaminsen eveneens uit gesprekken met artsen. Eén van zijn bevindingen was dat de vraag om levensbeëindiging sterk samenhangt met andere hulpvragen en dat het euthanasieverzoek doorgaans verdwijnt als men ingaat op achterliggende hulpvragen. Factoren die volgens zijn respondenten van invloed zijn op de vraag om euthanasie zijn: (angst voor) lichamelijk lijden, pijn, benauwdheid, ontluistering, depressietoestand, levensovertuiging van de patiënt, recente publiciteit, eenzaamheidsgevoelens, gebrek aan levensperspectief en druk van omgeving van de patiënt. Hij meent dat het materiaal geen aanwijzingen geeft dat de oorzaak van vragen om euthanasie ligt in het disfunctioneren van de hulpverlening voor terminale patiënten. Wel blijven patiënten soms met hun euthanasievraag zitten, met name in die hulpverleningssituaties, waarin het stellen van dergelijke vragen wordt ontmoedigd of waarin zulke vragen zoveel mogelijk worden genegeerd. Sommige van die vragen zouden, mits ze open benaderd worden, verdwijnen (Benjaminsen 1988: 63-64).

[74] De aanhalingstekens worden gebruikt omdat Melief ook levensbekortend handelen als neveneffect van pijnbestrijding met morfine 'euthanasie' noemt.

[75] Euthanasievragen vanwege louter psychische redenen horen bij de psychiater, zo menen de respondenten.

[76] Van Wijmens bevindingen stemmen wat betreft de zorgvuldigheidseisen die artsen stellen overeen met die van Melief met dien verstande dat hij zegt dat men niet zo hecht aan de herhaling van het verzoek en dat min of meer formele eisen als getuigen en schriftelijke vastlegging, laag scoren (Van Wijmen 1989: 28).

[77] In zijn onderzoek was van de eerste methode 10 maal sprake, van de tweede 13 maal en van de derde 1 maal.

speelt. Vooral in de laatste stadia voorafgaand aan een natuurlijke dood zal het onderscheid tussen pijnbestrijding en euthanasie moeilijk te maken blijven, zo stelt hij. De consequenties daarvan is, volgens Melief, dat euthanasiestatistieken altijd een zekere ruis zullen bevatten.[78]

Melief merkt verder nog op dat voorzover er indicaties waren van bijzondere kenmerken van euthanasievragers, deze wezen in de richting van een meer dan gemiddelde ontwikkeling en opleiding, aan actieve en zelfstandige levenshouding en psychische evenwichtigheid van de patiënt, terwijl diens sociale en materiële omgeving meestal als gunstiger dan doorsnee kan worden aangemerkt. [79]

Ten slotte doet eind jaren tachtig de inspecteur van de volksgezondheid Van der Wal een onderzoek naar de incidentie van euthanasie bij Nederlandse huisartsen.[80] Uit dit eerste methodologisch verantwoorde kwantitatieve onderzoek blijkt dat de schattingen die circuleren aangaande het aantal gevallen van euthanasie, te hoog zijn.[81] Uit zijn onderzoek blijkt dat ruim een kwart van de huisartsen in de periode 1986-1989 nooit een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie heeft gehad. Bijna driekwart heeft een of meer verzoeken gekregen. Huisartsen krijgen zelden meer dan driemaal per jaar een dergelijk verzoek. Van de Nederlandse huisartsen uit de steekproef heeft 53% nog nooit euthanasie toegepast en heeft 78% nog nooit hulp bij zelfdoding verleend. Bijna één op de vijf huisartsen verricht gemiddeld eenmaal per jaar euthanasie of hulp zij zelfdoding. Het komt zelden voor dat een huisarts vaker dan tweemaal per jaar levensbeëindiging op verzoek toepast. Van der Wal komt uiteindelijk tot een getal van 2.000 toepassingen van euthanasie of hulp bij zelfdoding door huisartsen per jaar waarbij euthanasie ongeveer driemaal vaker wordt toegepast dan hulp bij zelfdoding.[82] Levensbeëindiging vindt ook wel eens plaats als er geen verzoek is. Volgens Van der Wal gebeurt dit door de Nederlandse huisartsen ongeveer 100 keer per jaar.[83]

Van der Wal trekt uit zijn onderzoek de conclusie dat het overgrote deel van de huisartsen op adequate wijze voldoet aan de materiële zorgvuldigheidseisen. Meestal zijn er geen reële behandelingsalternatieven meer of worden deze door de patiënt afgewezen. De patiënt vindt zijn situatie vrijwel altijd in zeer sterke mate ondraaglijk en uitzichtloos. Ten aanzien van de procedurele zorgvuldigheidseisen ligt dat anders. Hoewel het aantal consultatievragen stijgt, pleegt een kwart van de huisartsen geen consultatie vooraf. Bijna 1 op de 10 huisartsen voert geen enkele vorm van overleg met welke andere hulpverlener dan ook. Bijna de helft van de artsen documenteert de gang van zaken rondom het euthanatisch handelen niet. In het merendeel van de gevallen wordt een verklaring van natuurlijk

---

78 Melief 1991: 103.
79 Melief 1991: 101.
80 In het onderstaande wordt verwezen naar zijn boek uit 1992 maar zijn gegevens zijn al eerder gepubliceerd: Van der Wal c.s. 1991 *Medisch Contact*: 174-177; 211-216; 237-242; Van der Wal, Van Eijk, Leenen en Spreeuwenberg 1991 *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 1593-1599; 1599-1604; Van der Wal, Van Eijk, Leenen en Spreeuwenberg 1991 *Huisarts en Wetenschap*.
81 Die schattingen zijn onder andere gebaseerd op de in paragraaf 7.5 vermelde artikelen van Van der Werf en van Oliemans en Nijhuis. Volgens Van der Wal liepen de schattingen uiteen van 5.000 tot 20.000 gevallen per jaar (Van der Wal 1992: 21).
82 Van der Wal 1992: 22-25. Van der Wal verklaart de te hoge schattingen in het verleden met de opmerking dat de verdeling van de toepassing van euthanasie over de verschillende regio's van het land zeer onregelmatig is en dat de onderzoeken zijn gedaan in plaatsen met een hogere incidentie.
83 Van der Wal 1992: 128.

overlijden afgegeven. Het lijkt erop dat artsen die aan de procedurele zorgvuldigheidseisen voldoen ook het meest voldoen aan de medisch-technische zorgvuldigheidseisen.[84]

Van der Wal heeft nader onderzocht waarom artsen in geval van euthanasietoepassing een verklaring van natuurlijk overlijden afgeven. De belangrijkste reden is volgens hem, dat ze opzien tegen de emotionele en praktische belasting van een justitieel onderzoek. Ook de opvatting dat euthanasie een zaak is tussen arts en patiënt waar justitie zich buiten moet houden wordt nogal eens naar voren gebracht.[85] Uit het onderzoek blijkt verder dat huisartsen die geen verklaring van natuurlijk overlijden afgeven – dus wel melding doen van de euthanasie – óf procedureel reeds zorgvuldiger werken dan huisartsen die niet melden, óf dat gaan doen omdat ze gaan melden. Meldt de huisarts de euthanasie, dan bestaat de neiging de casus zo te presenteren dat deze goed past binnen de inhoudelijke zorgvuldigheidseisen. Het gevolg hiervan, merkt Van der Wal op, is dat de gevallen die bij het Openbaar Ministerie komen daar in feite niet horen en dat de gevallen die er wellicht wel thuis horen, er niet komen. Hij denkt dat de strafrechtelijke toetsing van euthanasie behalve onvoldoende effectief, ook te weinig corrigerend is en mogelijk zelfs contraproductief. Het is een te zware en onvoldoende veilige procedure om de kwaliteit van het medisch handelen rond het levenseinde te kunnen verbeteren. Decriminalisering van euthanasie biedt meer mogelijkheden tot correctie. De arts hoort buiten het bereik van de strafwet te blijven tenzij zijn motieven niet meer van medische aard zijn of wanneer hij zijn positie misbruikt. Dat biedt, zo denkt Van der Wal, ook meer mogelijkheden om ‘afglijden’, in de zin van levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt te voorkomen. Het verdient aanbeveling, zo stelt hij, om de voor- en nadelen van andere, mogelijk meer geëigende toetsingsprocedures, te onderzoeken.[86]

---

84 Van der Wal 1992: 136. Van der Wal heeft ook gegevens over de uitvoering van de levensbeëindiging verzameld. Uit het onderzoek komt naar voren dat de uitvoering van levensbeëindiging op verzoek relatief vaak buiten de kantooruren plaatsvindt. Meestal is de huisarts voortdurend aanwezig tijden de uitvoering. Euthanasie is een “sociaal gebeuren”: er zijn vaak – en diverse – anderen dan de huisarts en de patiënt bij de uitvoering aanwezig. Uit het onderzoek blijkt tevens dat het gebruik van euthanatica nogal divers is en dat het tijdsverloop tussen toediening en overlijden een grote spreiding vertoont. Veel huisartsen volgen de richtlijnen van Admiraal en in mindere mate die van de KNMP. Dit doen ze door óf directe raadpleging van de desbetreffende brochures óf indirect via overleg met apotheker of collega-arts. Toch is er een aanzienlijke groep huisartsen die op minder adequate wijze met euthanatica omgaat, zo stelt Van der Wal.

85 Van der Wal 1992: 138. De klinisch geriater Proosdijk gaat in een artikel in op de redenen waarom hij niet zou melden: hij ziet niet in waarom uitgerekend artsen de dupe moeten zijn van ondeskundigheid, gevoelloosheid en besluitenloosheid van politici en regeerders. Al gedurende vele jaren zijn die noch bereid noch in staat gebleken een goeddeels al lang verouderde wet te wijzigen. Waar de gevolgen van openhartigheid hartverscheurend kunnen zijn, zowel voor familieden als voor de arts zelf, is zijns inziens vergaande discretie aangewezen (Van Proosdij 1988). Kimsma en Ciesielski voegen – in een poging de huiver van artsen te begrijpen - een aantal sociaal-filosofische overwegingen toe aan de door Proosdijk genoemde redenen. Zij constateren dat er een maatschappelijke tendens is om meer controle te verwerven over het medisch handelen in het algemeen. Deze verschuiving wordt gebaseerd op het idee dat artsen over macht beschikken die ingetoomd moet worden. Artsen ervaren echter hulpverlening niet als structurele macht en euthanatisch handelen al zeker niet. Zij zijn met andere woorden onwillig zich te laten controleren op iets waarvan zij niet het gevoel hebben erover te beschikken. Ten tweede betekent de controle over het sterfbed een verschuiving van de grens tussen publieke en private moraliteit. Ook artsen hebben moeite met de verschuiving van deze grens en zij voelen zich niet thuis in de rol van uitvoerder ervan (Kimsma en Ciesielski-Carlucci 1993: 328-334).

86 Van der Wal 1992:138

PROTOCOLLEN EN RICHTLIJNEN

Eind jaren tachtig en begin jaren negentig is er ook onderzoek gedaan naar het beleid ten aanzien van euthanasie in instellingen. Benjaminsens bevinding in Utrecht is dat een ruime meerderheid van de respondenten werkt in een instelling met een permissief beleid ten aanzien van euthanasie. Dit beleid kan variëren van een positieve houding tot officieel een prohibitief beleid waarbij aan individuele beroepsbeoefenaren de vrijheid wordt gelaten om binnen de muren van de instelling hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. Achtergronden van een prohibitief beleid zijn geloofsovertuiging, andere persoonlijke overtuigingen, de gedachte dat de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid moet nemen als hij dood wil, bescherming van andere patiënten - die soms bang zijn voor levensbeëindiging - en de vrees dat de goede naam van de instelling wordt aangetast.[87]

Benjaminsen concludeert dat bij instellingen met een protocol de juridische aspecten uitdrukkelijk zijn meegenomen.[88] Daartoe hebben zij veelal contact gehad met de inspecteur voor de volksgezondheid of het Openbaar Ministerie. Bij sommige instellingen heeft dit overleg geleid tot vaste afspraken over de rol van het Openbaar Ministerie of de inspectie bij euthanasietoepassing. Naar Benjaminsens bevindingen plegen individuen minder nadruk te leggen op juridische aspecten dan instellingen. Desalniettemin hebben zij ook incidenteel contact met officieren van justitie. [89]

In 1990 publiceert de strafjurist Blad een landelijk onderzoek naar opvattingen en beleidslijnen van Nederlandse ziekenhuizen en verpleeghuizen ten aanzien van euthanasie.[90] Hij onderscheidt twee 'beleidsprofielen' – een veroorlovend en een niet-veroorlovend beleid.[91] Van de instellingen die gereageerd hebben, heeft iets meer dan de helft een veroorlovend beleid. Bij de veroorlovende instellingen is iets vaker dan bij de niet-veroorlovende instellingen het beleid op schrift gesteld.[92]

---

[87] Benjaminsen 1988: 64. Respondenten in het onderzoek zijn vertegenwoordigers van instellingen in Utrecht die zich bezighouden met terminale zorg (ziekenhuizen, verpleeghuizen, een selectie uit de bejaardenoorden, de kruisvereniging, de instellingen voor gezinszorg en huisartsen.

[88] In de protocollen van de veroorlovende instellingen zijn over het algemeen de zorgvuldigheidseisen verwerkt.

[89] Naar aanleiding van een vraag in de Tweede Kamer wordt duidelijk gemaakt dat wanneer een arts bij het Openbaar Ministerie bekend maakt dat hij voornemens is euthanasie toe te passen de officier van justitie in algemene zin inlichtingen geeft over het opsporings- en vervolgingsbeleid in euthanasiezaken en daaraan toevoegt dat in ieder geval een opsporingsonderzoek zal worden ingesteld aan de hand waarvan de vervolgingsbeslissing genomen wordt. Het verschaffen van informatie als deze vloeit voort uit de Wet Openbaarheid van Bestuur. Korthals Altes meent dat leden van het Openbaar Ministerie erop attent zijn een arts die van tevoren zijn voornemen meldt om tot euthanasie over te gaan, niet zodanig te bejegenen dat daardoor de indruk zou kunnen ontstaan van een toestemming (*Handelingen Tweede Kamer 1986-1987, Aanhangsel,* nr. 29).

[90] Blad 1990. Blad heeft 480 instellingen aangeschreven en van 325 een of andere reactie gekregen. Het valt Blad op dat de meeste instellingen met de term 'euthanasie' doelen op het strafbaar gestelde 'doden op verzoek'. Met ander woorden: de definitie van de Staatscommissie is, volgens Blad, goed doorgedrongen bij de instellingen.

[91] Dit zijn ideaaltypen. In de praktijk blijkt volgens Blad dat de variatie in de beleidslijnen eerder een continuüm is dan een tweedeling.

[92] Dat lijkt iets meer te zijn dan in het onderzoek van Benjaminsen in 1988. Hij zag dat het prohibitieve beleid nauwelijks geformaliseerd was en dat een klein deel van de instellingen met een permissieve opstelling richtlijnen had vastgesteld in een protocol. Benjaminsen merkte daarbij op dat de verzorgingshuizen geen van alle officieel een beleid ten aanzien van euthanasie hebben. Hij verklaarde dit uit de praktische omstandigheid dat levensbeëindigend handelen primair een zaak is tussen huisarts en patiënt waar het tehuis buiten staat.

Het belangrijkste verschil tussen de instellingen met een veroorlovend en die met een niet-veroorlovend beleid blijkt niet te liggen in hoe men de medische praktijk of het lijden ziet. Evenmin blijkt het daarin te bestaan dat de ene groep het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt aanvaardt terwijl de andere dat recht afwijst. Blad meent dat het enige verschil tussen beide typen instellingen is dat in de 'veroorlovende' instellingen het zelfbeschikkingsrecht volledig wordt geëffectueerd en in de niet-veroorlovende instellingen niet. Ook de 'niet-veroorlovende' instellingen erkennen overwegend de pluriformiteit van opvattingen over leven en levenseinde en in die context hebben zij voor zichzelf uitgemaakt dat zij niet zullen overgaan tot het doden op verzoek. Vaak bestaat er daarbij begrip voor anderen die daar onder omstandigheden wel toe bereid zijn. In het beleid, zo meent Blad, wordt met die bereidheid van anderen rekening gehouden.[93]

Ook binnen het Openbaar Ministerie komt er meer aandacht voor protocollen. Enerzijds bestaat dit uit de genoemde hulp bij het opstellen van protocollen van instellingen. Anderzijds uit het formuleren van richtlijnen voor het functioneren van het Openbaar Ministerie zelf en van de politie wanneer gevallen van euthanasie bekend worden. Bekend is inmiddels dat niet alleen in het ressort Alkmaar maar ook in Assen, Rotterdam en Midden-Holland sprake is van gezamenlijk met artsen opgestelde protocollen.[94]

Naast hun inhoudelijke bijdrage aan de kwaliteit van de rechtspolitieke discussie weerspiegelen deze vroege onderzoeken de toenemende belangstelling voor wat er in de praktijk gebeurt. Bovendien illustereren ze dat de mate van formaliseren van de praktijk toeneemt.

8.5 Het 'Remmelink-onderzoek' en de daaraan verbonden politieke consequenties

De onderzoeksgegevens van de Commissie Remmelink

Het onderzoek van de Commissie Remmelink betekent dat er voor het eerst van een land bekend is hoe groot de omvang is van het aantal sterfgevallen waar een beslissing van een dokter mogelijk een belangrijke rol heeft gespeeld en welk deel hiervan euthanasie en hulp bij zelfdoding vormt. Verder geeft het onderzoek inzicht in de aanleidingen tot een verzoek

[93] Blad 1990: 185-186. In 1996 verschijnt een rapport van Haverkate en Van der Wal over het instellingsbeleid inzake levensbekortend handelen. Uit de studie wordt duidelijk dat de directie van de meeste ziekenhuizen en verpleeghuizen een schriftelijk beleidstandpunt ten aanzien van euthanasie heeft ingenomen. Van de instellingen van verstandelijk gehandicapten is dat minder dan éénvijfde, bijna de helft van deze instellingen heeft een mondeling standpunt. In bijna alle ziekenhuizen, ruim tweederde van de verpleeghuizen en enkele instellingen voor verstandelijk gehandicapten voert de directie een veroorlovend of gedogend beleid ten aanzien van euthanasie. Dergelijke richtlijnen ten aanzien van levensbeëindiging zonder verzoek zijn of niet aanwezig of men wijst dat expliciet af. Voor de overige medische beslissingen rond het levenseinde – staken of niet instellen van behandeling, symptoom- en pijnbestrijding met levensbekortend neveneffect en niet-reanimeerbesluiten bestaan er behalve voor het laatste, nauwelijks richtlijnen. De auteurs wijten het geringe aantal richtlijnen ten aanzien van beslissingen rond het levenseinde die tot het normaal medisch handelen worden gerekend, aan het feit dat in Nederland de professionele standaarden voor deze beslisingen nog niet zijn uitgekristalliseerd en het debat voornamelijk gericht is geweest op euthanasie (Haverkate en Van der Wal 1996: 55-58).

[94] Hamers 1988: 7-10. Hamers vermeldt ook het bestaan van een Nijmeegse modelverklaring. Van een enkele KNMG-afdeling is bekend dat zij een eigen protocol heeft opgesteld (Rasker, Van der Sluis, Van den Berg en Jannink-Kapelle 1987).

en hoeveel daarvan ingewilligd wordt. Bovendien laat het onderzoek zien of en in welke mate dokters zich houden aan de zorgvuldigheidseisen die gesteld worden aan hun levensbeëindigend handelen.[95]

Het onderzoek bestaat uit drie deelonderzoeken: een representatieve steekproef van artsen werd benaderd met de vraag mee te werken aan een retrospectief onderzoek door middel van interviews (het ‘interview onderzoek’).[96] Deze artsen zijn ook gevraagd om gedurende een half jaar een klein aantal gegevens vast te leggen van alle sterfgevallen waarbij zij als behandelend arts zijn betrokken (het ‘prospectieve onderzoek’). Het derde deelonderzoek betreft een steekproef uit het totaal van alle sterfgevallen tussen juli en november 1990 in Nederland (het ‘sterfgevallen onderzoek’, dit werd uitgevoerd door het CBS).[97] Aan de behandelend arts werd gevraagd om een beperkt aantal gegevens over dat sterfgeval te verstrekken. Daarnaast is aan deskundigen om aanvullende informatie gevraagd.

Wat betreft de omvang van het veld het volgende. In het jaar dat het onderzoek is uitgevoerd – 1990 - zijn er in Nederland ongeveer 129.000 mensen gestorven. Aan ongeveer 38% van alle sterfgevallen (ongeveer 49.000) ging een beslissing van een arts vooraf over handelwijzen die tot doel hebben het levenseinde van de patiënt te bespoedigen of waarbij de arts rekening houdt met de waarschijnlijkheid dat daardoor het levenseinde wordt bespoedigd (in de terminologie van de onderzoekers een ‘MBL ’ [98]). De onderzoekers trekken dan ook de conclusie dat MBL’s vaak worden genomen en tot de normale beroepsuitoefening van artsen behoren.[99] Soms betrof de beslissing de behandeling te staken of niet in te zetten (22.500 keer ofwel 17,5% van alle sterfgevallen); soms handelde het om pijnbestrijding in doseringen waardoor mogelijk het leven is bekort (eveneens in ongeveer 17,5% van alle sterfgevallen); soms betrof het een levensbeëindiging op verzoek (in 1,8% betrof dit euthanasie en in 0,3% hulp bij zelfdoding, samen ongeveer 2.700 sterfgevallen); en soms een levensbeëindiging zonder verzoek (0,8% of wel 1000 gevallen per jaar). De onderzoekers merken verder op dat in ongeveer 2% van alle sterfgevallen het niet goed uit te maken is of het gaat om levensbeëindigend handelen dan wel om een intensivering van pijn– en symptoombestrijding waarbij levensbeëindiging (mede) het doel was.[100]

Het meest verontrustende gegeven uit het onderzoek is dat ongeveer 1000 keer per jaar artsen middelen toedienen met het uitdrukkelijke doel de dood te bespoedigen terwijl de patiënt daartoe geen uitdrukkelijk verzoek heeft gedaan. In ruim de helft van die gevallen heeft er wel overleg met de patiënt plaatsgevonden of heeft deze ooit een wens tot bespoediging van het levenseinde kenbaar gemaakt. In een klein aantal gevallen gaat het om patiënten met wie enigerlei overleg wel mogelijk zou zijn geweest. Het gaat vrijwel altijd om ernstig zieke en stervende patiënten, die kennelijk ernstig lijden en niet meer in staat zijn hun wil kenbaar te maken.[101]

---

95 De hierna volgend gegevens komen uit Van der Maas, Van Delden en Pijnenborg 1991: 139-160.

96 Het beoogde aantal interviews bedroeg 410. Om dit aantal te bereiken moesten in totaal 599 adressen worden getrokken. Van de 447 artsen die voldeden aan de selectiecriteria weigerden er 41, hetgeen neerkomt op een gemiddeld weigeringspercentage van 9%. Aangenomen wordt dat de resultaten geldig zijn voor de Nederlandse huisartsen, verpleeghuisartsen en de in het onderzoek betrokken specialismen.

97 Een gestratificeerde steekproeftrekking van 8500 sterfgevallen. Van alle uitgezonden vragenlijsten werd 76% terugontvangen en de uiteindelijke bruikbare respons was 73%.

98 MBL staat voor Medische Beslissingen rond het Levenseinde (Van der Maas e.a. 1991: 13).

99 Van der Maas e.a. 1991: 13.

100 Van der Maas e.a. 1991: 154-157.

101 Van der Maas e.a. 1991: 144-147.

Uit het onderzoek blijkt dat vrijwel alle artsen die ongeneeslijk zieke patiënten onder behandeling hebben, geconfronteerd worden met verzoeken om euthanasie en in mindere mate met verzoeken om hulp bij zelfdoding. Verzoeken om euthanasie zijn in de interviews op drie manieren aan de orde gekomen: verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding te zijner tijd, verzoeken op afzienbare termijn en niet-ingewilligde verzoeken. Jaarlijks worden Nederlandse artsen 25.000 keer verzocht om hulp bij levensbeëindiging te zijner tijd. Verzoeken op afzienbare tijd worden ongeveer 9.000 maal per jaar gedaan. Zoals we zagen worden hiervan ongeveer 2.700 verzoeken ingewilligd. De reden dat niet op een verzoek wordt ingegaan is meestal dat er voor de patiënt nog alternatieven waren of dat het verzoek naar het oordeel van de arts niet weloverwogen was. In een aantal gevallen is de euthanasie niet nodig, omdat de patiënt overlijdt voordat het lijden ondraaglijk wordt. [102]

Van alle huisartsen heeft 62% ooit euthanasie uitgevoerd, voor de specialisten is dit 44%. Vrijwel alle artsen die nog nooit euthanasie hebben uitgevoerd, geven aan dat zij het denkbaar achten dat zij ooit hieraan medewerking zouden verlenen.[103]

Vrijwel alle geïnterviewden artsen waren bekend met het bestaan van zorgvuldigheidseisen voor euthanasie en in staat om een of meer eisen op te noemen. Het collegiaal overleg werd door bijna alle artsen genoemd en het weloverwogen verzoek door tweederde. De andere zorgvuldigheidseisen werden minder vaak genoemd. Wel zeiden artsen vaak de zorgvuldigheidseisen direct ter beschikking te hebben wanneer zich een dergelijke beslissingssituatie zou voordoen.

Gevraagd naar het belang van de verschillende zorgvuldigheidseisen voor euthanasie vonden vrijwel alle artsen de vrijwilligheid, het weloverwogen verzoek, het onaanvaardbaar lijden voor de patiënt, adequate voorlichting aan de patiënt en een technisch verantwoorde uitvoering belangrijk of zeer belangrijk. Een aantal andere zorgvuldigheidseisen, waaronder de eis van het collegiaal overleg, werd door een kleiner percentage van de artsen belangrijk of zeer belangrijk geacht.[104]

Deze opvattingen worden weerspiegeld in de praktijk. Zo heeft er in alle gevallen die door de artsen als euthanasie aangemerkt worden, overleg met de patiënt plaatsgevonden. Verder is in 80% van de gevallen overleg geweest met een of meer collega's. Overleg met de naasten vond in bijna alle gevallen plaats. Ook de verpleging was bij uitvoering van een euthanasie in het ziekenhuis of verpleeginstelling vrijwel altijd bij de besluitvorming betrokken. Bij huisartsen was dit in minder dan de helft van de gevallen zo. Met het bijhouden van een verslag van de besluitvorming was het minder goed gesteld. Gemiddeld is dat in 40% van de gevallen niet gebeurd.

Ruim een kwart van de artsen vindt dat euthanasie altijd als een niet-natuurlijke dood moet worden aangegeven, terwijl 22% vindt dat dat nooit van een arts kan worden verlangd. Van de artsen vindt 30% het een voorwaarde dat de nabestaanden niet door de politie worden gehoord. Een kwart van de artsen noemt als voorwaarde dat bij zorgvuldig handelen het melden niet tot vervolging zal leiden. En door 20% wordt als voorwaarde een wijziging in de procedure genoemd, waarbij vooral het discreet optreden van de politie als belangrijk punt naar voren komt. Veel artsen die dergelijke voorstellen doen, benadrukken dat ze euthanasie wel als zodanig willen melden, maar dat zij niet als verdachte van een misdrijf

102 Van der Maas e.a. 1991: 143.
103 Van der Maas e.a. 1991: 156-158.
104 Van der Maas e.a. 1991: 157-159.

willen worden gezien. Ook wordt de onzekerheid over wat hen boven het hoofd hangt genoemd als obstakel voor het aangeven van een niet-natuurlijke dood. Artsen geven aan behoefte te hebben aan een zorgvuldige, duidelijke procedure, die geen maanden in beslag neemt.[105]

Uit het 'prospectieve onderzoek' blijkt dat na de uitvoering van euthanasie of hulp bij zelfdoding driekwart van de huisartsen en ongeveer tweederde van de specialisten 'natuurlijke dood' heeft ingevuld op de overlijdensverklaring.[106] Nadere analyse van de resultaten van het onderzoek leert dat euthanasie in 18% van de gevallen gemeld wordt.[107]

Zaken als overleg met patiënt, collega's en familie is over de gehele linie genomen bij levensbeëindiging op verzoek beter dan bij de andere MBL's. Bij het staken of niet beginnen met een behandeling en bij pijn- en/of symptoombestrijding vindt in meer dan de helft van de gevallen geen overleg met de patiënt plaats – de artsen zijn bijna altijd van mening dat een dergelijk overleg niet mogelijk was. Voor de andere MBL's geldt dat wanneer overleg is geweest met de patiënt, in ongeveer tweederde van de gevallen ook overleg met een collega heeft plaatsgevonden. Wanneer daarentegen niet met de patiënt is overlegd, heeft overleg met een collega slechts in ongeveer 40% van de gevallen plaatsgevonden.

Het begeleidend schrijven van de Commissie Remmelink

De Commissie Remmelink[108] is van mening dat de cijfers wat betreft levensbeëindiging op verzoek geruststellend zijn. Er zijn 2300 gevallen van euthanasie maar deze kunnen volgens de commissie beschouwd worden als gevallen waarin er sprake is van onaanvaardbaar zwaar lijden in een uitzichtloze noodsituatie. Dit laatst geldt evenzeer voor de gevallen van hulp bij zelfdoding. De commissie vindt dat de aangetoonde omvang geen grond biedt voor de veronderstelling dat euthanasie in Nederland buitensporig vaak plaatsvindt.

De commissie schrijft verder dat uit de onderzoeksgegevens blijkt dat artsen de beslissing om te voldoen aan het verzoek van patiënt om levensbeëindiging, moeilijk vinden. Ze beschouwen deze beslissing allerminst als een gemakkelijk alternatief voor een goede terminale zorg. De commissie ziet geen reden om te veronderstellen dat deze houding van de artsen in ons land in de toekomst zal veranderen. Verder wijst de commissie erop dat uit het onderzoek op geen enkele wijze blijkt dat de stelling dat de schaarste in de gezondheidszorg een motief zou zijn (of worden) voor de uitvoering van euthanasie, juist is. Het ondraaglijk lijden en/of het natuurlijk verlangen om rustig te sterven van de patiënt vormen, zo meent de commissie, de enige redenen voor artsen in Nederland om euthanasie uit te voeren. Uit de onderzoeksgegevens blijkt verder dat pijnbestrijding de uitvoering van euthanasie niet overbodig kan maken. Dit omdat, zoals uit het onderzoek blijkt, pijn niet de meest voorkomende reden is voor een verzoek om levensbeëindiging. De vrees voor

---

[105] Van der Maas e.a. 1991: 158.

[106] Redenen die artsen opgaven waren: de 'rompslomp' van justitiëel onderzoek (55%), de vrees voor vervolging (25%), de wens om nabestaanden een justitieel onderzoek te besparen (52%) en de slechte ervaringen met het aangeven van een niet-natuurlijke dood in het verleden (12%). Sommige artsen gaven aan dat zij het sterven van de patiënt ondanks de hulp bij levensbeëindiging als een natuurlijke dood hadden ervaren (Van der Maas e.a. 1991: 37-38).

[107] Uit de jaarverslagen van het Openbaar Ministerie wordt duidelijk dat het aantal meldingen per jaar toeneemt: 1987: 122; 1988: 181; 1989: 336; 1990: 454; 1991: 590; 1992: 1318; 1993: 1303 en 1994: 1417 (*Het OM in beweging. Jaarverslag Openbaar Ministerie 1994* (Den Haag 1995): bijlage 1).

[108] Onderstaande komt uit de slotbeschouwing en de aanbevelingen van de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie: 31-39.

vergaande ontluistering en het verlangen om rustig heen te mogen gaan, zijn even belangrijke redenen voor dat verzoek.

Ook uit de commissie geruststellende woorden wat betreft de levensbeëindiging zonder verzoek. Ten aanzien van deze meest verontrustende bevinding, merkt de commissie op dat dit handelen van de arts dikwijls bestempeld kan worden als het verlenen van ‘stervenshulp’. ‘Stervenshulp’ wordt volgens de commissie gegeven in een situatie waarin sprake is van een onomkeerbaar, elkaar beïnvloedend beginnend falen van vitale functies. Levensbeëindigend handelen in deze situatie beschouwt de commissie als ‘normaal medisch handelen’. In enkele gevallen is er sprake geweest van omstandigheden waarin de arts had kunnen handelen conform de procedure van besluitvorming bij de uitvoering van euthanasie. Deze situaties dienen volgens de commissie in de toekomst vermeden te worden.

De commissie is van mening dat het niet-inachtnemen van de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie een punt van zorg is. Bij het vereiste van raadpleging van een collega tekent de commissie aan dat het aanbeveling verdient, ten einde een onafhankelijk oordeel te verkrijgen, dat de huisarts die euthanasie overweegt zich verstaat met de behandelend specialist en omgekeerd. Ten aanzien van de eis van de verslaglegging merkt de commissie op dat inachtneming van deze eis nog onvoldoende plaatsvindt. Het vereiste van verslaglegging dient in haar optiek absoluut te gelden. Het afgeven van een verklaring van overlijden na euthanasie acht de commissie onjuist. In haar optiek dient elk geval van uitvoering van euthanasie getoetst te worden en daartoe gemeld te worden.

De commissie denkt dat, met uitzondering van de genoemde ‘stervenshulp’ die de commissie immers onder het normaal medisch handelen schaart, het aanbeveling verdient de ontwikkelde meldingsprocedure in de toekomst ook te gebruiken in gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek. De huidige praktijk van melding aan de gemeentelijk lijkschouwer en toetsing door de officier van justitie biedt volgens de commissie een praktisch werkbare procedure.

Verder concludeert de commissie dat de medische besluitvorming en het medisch handelen rond het levenseinde in Nederland van goede kwaliteit zijn. Aan de verhoging van deze kwaliteit kan een bijdrage worden geleverd, indien verdere openbare meningsvorming binnen de beroepsgroep en sectoren van de gezondheidszorg zal plaatsvinden. In collegiaal overleg kunnen elkaars deskundigheden worden uitgewisseld. De commissie beveelt daarom aan de mogelijkheden van verspreiding van de kennis met betrekking tot medische beslissingen rond het levenseinde te doen onderzoeken.

Reactie regering

Op 8 november 1991 reageert de regering op het rapport.[109] Uit het rapport blijkt volgens het kabinet dat artsen op een enkele uitzondering na de grootst mogelijke zorgvuldigheid betrachten alvorens over te gaan tot euthanasie. Het kabinet voegt daaraan toe dat uit het rapport het grote belang blijkt dat toekomt aan de de toetsbaarheid van het levensbeëindigend medisch handelen. Het meent dat omwille van een effectieve bescherming van het menselijk leven het past om die toetsing in een strafrechtelijk kader te doen plaatsvinden.

---

109 *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen*, 20 383, nr. 14.

Het kabinet deelt het standpunt van de Commissie Remmelink wat betreft 'stervenshulp' uitdrukkelijk niet. Het kabinet meent dat uit de jurisprudentie niet geconcludeerd kan worden dat actieve levensbeëindiging door een arts in een situatie waarin sprake is van een onomkeerbaar elkaar beïnvloedend beginnend falen van vitale functies algemeen aanvaard wordt. De ministerraad acht het gewenst dat de rechter zich in deze nader kan uitspreken. In elk geval dient de toetsbaarheid van zodanig handelen ten volle verzekerd te blijven en dus mag het niet gemeld worden als 'natuurlijke dood'.

Uit de reactie van de regering valt ook af te lezen dat zij meent dat het ingetreden zijn van de terminale fase een vereiste is bij euthanasie. Bij de bespreking van de jurisprudentie wijst de regering op een passage in het tweede arrest van de Hoge Raad in de zaak Pols.[110] Volgens de regering komt dit arrest erop neer dat een arts voor levensbehoud moet kiezen in een niet terminale fase van een ziekteproces, waarin niet op korte termijn een verslechtering te verwachten is.

Het kabinet heeft er nota van genomen dat de in het kader van het onderzoek ontwikkelde meldingsprocedure[111] goed werkbaar is en is er voorstander van deze een formele basis te geven. In aansluiting op het Remmelink-rapport zal de inhoud van deze meldingsprocedure worden aangepast, in die zin dat ook levensbeëindiging zonder verzoek voortaan eronder zal vallen.

Het kabinet is van plan een kleine wijziging van artikel 10 van de Wet op de Lijkbezorging voor te stellen, waardoor de meldingsprocedure daar een aanknopingspunt krijgt. Verder wil het kabinet stimuleren dat de procureurs-generaal een richtlijn formuleren waarin gesteld wordt dat bij twijfel over een eventueel nader gerechtelijk onderzoek, eerst overleg gepleegd wordt met de geneeskundige inspectie. Ten slotte zal het kabinet ervoor zorgen dat het sinds 1987 bij de Tweede Kamer aanhangige wetsvoorstel – waarin voorgesteld werd de zorgvuldigheidseisen in de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst op te nemen en aan die wet een bepaling toe te voegen waarin beschreven staat wat niet als euthanasie beschouwd wordt[112] - wordt ingetrokken.[113]

Maatschappelijke reacties op rapport

Zoals te verwachten zijn de reacties op het rapport en het daaraan verbonden regeringsstandpunt uiteenlopend. Drie groepen kunnen onderscheiden worden: degenen die vinden dat vastgehouden moet worden aan de norm van artikel 293 en 294; degenen die teleurgesteld zijn omdat ze – als voorstanders van het voorstel van Wessel-Tuinstra - voor de legalisering van levensbeëindiging op verzoek zijn maar tegen het accepteren van levensbeëindiging zonder verzoek en degenen die zich met wat kleinere op- en aanmerkingen wel kunnen vinden in het regeringsstandpunt.

Bij de eerste groep horen organisaties als het Nederlands Artsenverbond, de Nederlandse Patiënten Vereniging en de juristenvereniging Pro Vita. Het Nederlands Artsenverbond

---

110 *Nederlandse Jurisprudentie* 1989, nr. 391: 1404 waar de Hoge Raad in de overweging ten aanzien van het beroep op noodtoestand door mevrouw Pols vermeld heeft dat de ziekte van de desbetreffende patiënte "niet terminaal was en ook niet kort tevoren een of meer ernstige wending ten kwade had genomen" (zie paragraaf 7.7).

111 Zie paragraaf 8.1.

112 Zie hiervoor paragraaf 7.6.

113 Aan de reactie wordt een bijlage toegevoegd waarin het concept-voorstel voor wijziging in de Wet op de Lijkbezorging staat, de concept-memorie van toelichting en de voorgestelde formulieren en lijst van aandachtspunten.

meent dat de euthanasiepraktijk in Nederland volledig uit de hand is gelopen. Het telt pijnbestrijding en abstineren met uitdrukkelijk of mede met de bedoeling het leven te bekorten bij actieve levensbeëindiging op en wijst dan op de bijna 20.000 gevallen per jaar van doelbewuste levensbekorting. Het vervult het Artsenverbond met grote zorg dat het rapport van de commissie zo sterk de nadruk legt op de 2300 euthanasiegevallen en nauwelijks aandacht besteedt aan die 20.000.[114] Het Lindeboom Instituut, ook behorend tot deze eerste groep, is geschokt dat men een aantal van 2300 mee vindt vallen. Verder heeft men grote moeite met de 1000 gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek.[115]

Deze organisaties vinden het zorgwekkend dat het Openbaar Ministerie alleen af kan gaan op de gegevens die de arts – die, volgens hen, nog steeds een strafbaar feit begaat wanneer hij levensbeëindiging al dan niet op verzoek toepast – hen verschaft. Enerzijds mag van de arts niet verwacht worden dat hij meewerkt aan zijn eigen veroordeling. Anderzijds wantrouwen de organisaties de zo verkregen gegevens. Zij denken dat uit de gemelde gevallen nooit iets anders blijken zal dan dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.

De Nederlandse Patiënten Vereniging is verontrust omdat het kabinet de deur geopend heeft naar een wettelijk geregelde uitvoering van euthanasie. Verontrust zijn ze ook over het feit dat het kabinet ook voor levensbeëindigend handelen niet op verzoek, de “meldingsplicht” wil instellen. Ook hier kan de rechter dan uitspreken dat dit onder bepaalde voorwaarden toelaatbaar is.[116]

De genoemde organisaties zijn van mening dat het huidige kabinetsstandpunt een bedreiging vormt voor de Nederlandse samenleving. De overheid verzaakt haar plicht wat betreft de bescherming van het leven van de burgers. Een ander groot bezwaar is dat de geneeskunst in een dergelijk standpunt wordt gedenatureerd.[117]

Exponenten van de tweede groep zijn onder andere te vinden in de hoek van de gezondheidsjuristen. Leenen wijt bittere woorden aan het gedrag van PvdA en VVD die alhoewel ze voor wetswijziging zijn het “fluwelen regeringskussen” prefereren. Het nieuwe wetsvoorstel is volgens hem een juridisch monstrum. Hij meent dat dit voorstel nog minder houvast geeft dan het vorige omdat wat toen zorgvuldigheidseisen voor het beroep op overmacht waren nu slechts aandachtspunten zijn in een meldingsprocedure. Hij vraagt zich ook af of dat juridisch-technisch niet het probleem oplevert dat iemand gedwongen wordt mee te werken aan zijn eigen veroordeling.[118]

Leenen is van mening dat levensbeëindiging zonder verzoek zich niet leent voor wettelijke normering. Door het enkele feit van gelijke behandeling van beide vormen van levensbeëindiging in haar voorstel, versterkt de regering – die feitelijk levensbeëindiging op verzoek aanvaardt - de indruk dat zij ook levensbeëindiging zonder verzoek accepteert. In Leenens optiek gaat het hier om geheel verschillende zaken die ook een verschillende benadering vragen. Hier wreekt zich het feit dat euthanasie niet uit de strafrechtelijke sfeer mocht worden gehaald. Had men dat wel gedaan, dan hadden de zaken helder kunnen

---

[114] Nederlands Artsenverbond 1991 Euthanasie: 1544.

[115] Het Lindeboom instituut wijst erop dat uit de gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek en het medisch handelen met uitdrukkelijk het doel dat de patiënt komt te overlijden, blijkt dat voor een aanzienlijk deel van de artsen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, dat vaak als belangrijkste argument voor de aanvaarding van euthanasie wordt genoemd, in feite niet de doorslaggevende factor vormt (prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut 1991: 1278).

[116] Nederlandse Patiënten Vereniging 1991.

[117] Het eerste wordt gesteld door de NPV, het tweede door het NAV.

[118] Leenen 1992.

worden geregeld. Ten aanzien van euthanasie groeien de afstand en spanning tussen wet en de morele opvattingen van velen in de samenleving, een situatie die slecht is voor het gezag van de wet, een situatie waar ook de minister van Justitie zich in andere gevallen druk over maakt. Van handhaven van de wet op het gebied van euthanasie is geen sprake meer. “Het wordt tijd dat we bij het vraagstuk van de euthanasie door de hoofdingang gaan in plaats van door de nooduitgang binnen te slippen.”[119]

Het hoofdbestuur van de KNMG behoort deels tot de tweede groep, deels tot de derde. Het hoofdbestuur meent dat door het gekozen niveau van regelgeving – het vastleggen van de procedurele kant in een Algemene Maatregel van Bestuur, een regeling waar het parlement slechts in beperkte mate invloed op kan uitoefenen - de overheid in de toekomst de ruimte behoudt om te kiezen voor een restrictiever vervolgingsbeleid. De rechtszekerheid die het regeringsvoorstel artsen en patiënten biedt, is dus helaas beperkt. Verder heeft het hoofdbestuur grote moeite met handhaven van de strafbaarheid van zorgvuldig handelende artsen. Zij vindt het regeringsvoorstel innerlijk tegenstrijdig doordat het enerzijds de meldingsprocedure wettelijk verankert, maar anderzijds de strafbaarheid van zorgvuldig handelende artsen handhaaft.[120]

Het hoofdbestuur is niet zoals menig ander fel gekant tegen het in één procedure onderbrengen van toetsing van zowel levensbeëindiging met verzoek als levensbeëindiging zonder verzoek. Wat betreft het laatste wenst het hoofdbestuur – onder verwijzing naar het verschil in opvatting tussen de Commissie Remmelink en de regering wat betreft de ‘stervenshulp’ - dat duidelijkheid wordt geschapen over wat valt onder het normaal medische handelen en wat niet. Daarnaast moet er duidelijkheid komen wat de zorgvuldigheidseisen zijn die bij actieve levensbeëindiging zonder verzoek in acht moeten worden genomen.[121]

Tot de derde groep, de mensen die positief zijn, behoort Spreeuwenberg. Hij vindt het voorstel weliswaar juridisch niet fraai maar denkt dat artsen er goed mee kunnen leven. Zijn persoonlijke mening is dat de minister en de staatssecretaris terecht de nadruk hebben gelegd op de toetsing van de zorgvuldigheid. In hun voorstel laveren ze behendig tussen de Scylla van de plicht van de overheid menselijk leven te beschermen en de Charbybdis om artsen in staat te stellen – als het niet anders kan – ondraaglijk lijden te bekorten.[122]

Parlementaire behandeling

Op 1 en 2 april 1992 vindt een debat plaats in de Tweede Kamer over het nieuwe regeringsvoorstel. De D66-er Kohnstamm noemt het voorstel dubbelhartig: de arts wordt de weg gewezen hoe hij zorgvuldig de wet kan overtreden. Daar kan D66 niet mee instemmen. Hij kondigt nu vast aan dat ook het intiatiefwetsvoorstel te zijner tijd voor discussie aangedragen zal worden omdat D66 een regeling voorstaat waarin de materiële norm wordt

[119] Leenen noemt de verwachting dat de rechtspraak ten aanzien van levensbeëindiging zonder verzoek de oplossing zal bieden een afschuiven van verantwoordelijkheid (Leenen 1992: 7). Hij is van mening dat met name de 1000 gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek nog verder geanalyseerd moeten worden. Hij vindt het niet goed begrijpelijk dat de Commissie Remmelink in haar rapport deze problematiek zo oppervlakkig bespreekt (Leenen 1991).

[120] KNMG 1991: 1542.

[121] KNMG 1991: 1542.

[122] Spreeuwenberg 1991 Toetsing.

veranderd. Ook anderen - voorbeelden zijn Beckers (Groen Links) en Dees (VVD) - pleiten voor materiële wetswijziging.[123]

Voor- en tegenstanders van de legalisering van euthanasie vinden elkaar op de gedachte dat de meldingsprocedures voor levensbeëindiging met en zonder verzoek gescheiden moeten worden.[124] Ook de vraag of de meldingsprocedure wel in overeenstemming is met het beginsel dat men niet hoeft mee te werken aan de eigen veroordeling komt in de vergadering naar voren. De minister ziet hier geen probleem omdat uit de opgave van de arts dat er een levensbeëindiging heeft plaatsgevonden niet op voorhand valt op te maken of de arts strafbaar is. Dit blijkt pas na de toetsing door de officier van justitie van de melding. Met andere woorden, hij ziet een onderscheid tussen het melden van levensbeëindiging en het aangeven van een eigen strafbaar handelen.

Evenals in het maatschappelijk debat zien de principiële tegenstanders van de legalisering van levensbeëindigend handelen niets in de regeling. Schutte (GPV) stelt dat hij op de eerste plaats grote bezwaren heeft tegen de toetsing van het handelen. In de praktijk toetst niet de rechter in individuele gevallen een beroep op overmacht maar het Openbaar Ministerie. Bovendien doet het Openbaar Ministerie dat op basis van informatie die het niet zelf verzamelt, maar die wordt verstrekt door degene die getoetst moet worden. Schutte dient – samen met Van der Vlies (SGP) en Leerling (RPF) - een motie in waarbij aangedrongen wordt op handhaving van de norm van de artikelen 293 en 294.[125] Leerling vindt het wetsvoorstel niet helder en is bang dat het weer een stap verder is op het hellende vlak. Hij dient een motie in waarin levensbeëindiging zonder verzoek als de vitale functies uitvallen categorisch verboden wordt.[126] Deze partijen, en ook het CDA, zijn van mening dat er meer gevallen voor de rechter gebracht moeten worden.[127]

De regeringspartijen CDA en PvdA staan wel achter de regeling. De CDA-fractie vindt de toetsbaarheid het scharnierpunt. De PvdA deelt het regeringsstandpunt dat ook levensbeëindiging zonder verzoek opgenomen moet worden in de procedure. De PvdA onderstreept bij monde van Swildens-Rozendaal dat de winst van deze regeling is dat er een eenduidig vervolgingsbeleid komt.

Minister van Justitie Hirsch Ballin benadrukt nogmaals het belang van controleerbaarheid en toetsbaarheid en probeert daarmee alle tegenwerpingen te pareren van het onder één regime brengen van levensbeëindiging met en zonder verzoek. Verder maakt hij nogmaals duidelijk dat in zijn optiek een meldingsprocedure geen normering is maar gericht is op het mogelijk maken van toetsing.

---

123 Beckers-de Bruijn komt met twee moties: strafbaarheid van euthanasie op heffen en zorgvuldigheidseisen vastleggen in een wet (*Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen,* 20 383, nr. 19 en 20). Dees (VVD) is teleurgesteld dat er geen wetgeving komt. Hij noemt het standpunt van het kabinet erg pragmatisch en verdedigt het voorgaande regeringswetsvoorstel. Dees dient een motie in waarin gevraagd wordt af te zien van de meldingsprocedure voor levensbeëindiging zonder verzoek en een motie om het ‘levenstestament’ een wettelijke verankering te geven (*Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen,* 20 383, nr. 22 en nr. 23).

124 Verwoord door Kohnstamm, Beckers en Van der Vlies. Kohnstamm dient daarover een motie in (*Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen,* 20 383, nr. 17).

125 *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen,* 20 383, nr.18.

126 *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen,* 20 383, nr. 21.

127 Schutte is weliswaar van mening dat er ook voor levensbeëindiging zonder verzoek een toetsingsprocedure moet komen maar hij wijst erop dat als zeker is dat vervolgd zal worden artsen niet zullen melden. Verder voorziet hij dat de rechter ook wat dat handelen betreft naar artikel 40 zal grijpen.

Staatssecretaris Simons gaat in op de verdere uitbouw van het specialisme palliatieve zorg. In zijn optiek kan beter de bestaande zorg uitgebouwd worden, dan dat er een nieuw soort instelling – hospices – wordt ontwikkeld. Simons herhaalt het standpunt van de regering dat de arts met gewetensbezwaren moet doorverwijzen maar dat daarvoor geen speciale regel zal worden ontwikkeld. Hij stelt in de tweede termijn dat de normatieve discussie twee lijnen volgt: de lijn van de melding, waardoor er via rechtsvinding jurisprudentie zal ontstaan, en de lijn binnen de beroepsgroepen zelf waar normstelling via intercollegiale toetsing en controle zal ontstaan. Het is volgens hem niet uitgesloten dat op den duur ook ten aanzien van de meer problematische categorieën – zoals de '1000 van Remmelink' - een zekere normering zal ontstaan waar een meerderheid van de Tweede Kamer zich achter kan stellen. Eenzelfde ontwikkeling kortom als gebeurd is ten aanzien van levensbeëindiging op uitdrukkelijk verzoek.[128]

Met deze laatste woorden torpedeert Simons pogingen om het debat in rustiger vaarwater te krijgen. De opmerking roept veel weerstand op en leidt ertoe dat opnieuw aangedrongen wordt op een waterscheiding tussen levensbeëindiging met en zonder verzoek.

De wettelijke verankering van de meldingsprocedure

Op donderdag 9 april 1992 vinden de stemmingen plaats en worden alle moties verworpen. Het vervolg is dat de Tweede Kamer daags daarna een brief krijgt waarin het vorige wetsvoorstel wordt ingetrokken.[129] Op diezelfde dag krijgt de Tweede Kamer een voorstel tot wet ter overweging waarin de Wet op de Lijkbezorging wordt gewijzigd. De wijziging is technisch van aard: het formulier bedoeld in artikel 10 (waarop de lijkschouwer een melding van niet-natuurlijke dood aan een officier van justitie meldt) voortaan niet meer vastgesteld zal worden door de minister van Justitie maar bij Algemene Maatregel van Bestuur door de ministers van Justitie en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.[130] Verder wordt aangekondigd dat in de Algemene Maatregel van Bestuur een nieuw modelformulier zal worden vastgesteld waarop de arts na een overlijden ten gevolge van euthanasie, hulp bij zelfdoding of het actief medisch ingrijpen ter bekorting van het leven zonder uitdrukkelijk verzoek aan de hand van aandachtspunten – die corresponderen met de zorgvuldigheidseisen – de kenmerken van de casus weergeeft. Teneinde de betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de Staten-Generaal tot uitdrukking te laten komen, zal voor de AMvB de zogenaamde 'voorhangprocedure' worden gevolgd. Via deze tweeledige operatie krijgen de meldingsprocedure – in het leven geroepen ten behoeve van het onderzoek van de Commissie Remmelink - en de zorgvuldigheidseisen - ontwikkeld in beroepspraktijk en in jurisprudentie - in gewijzigde vorm en indirect een wettelijke basis. [131]

---

[128] *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992*: 4330.

[129] *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen*, 20 383, nr. 28.

[130] *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen*, 22 572, nrs. 1 en 2.

[131] *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen*, 22 572, nr. 3. Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt omdat het zonder meer instemmend luidt.
Inmiddels is de gevraagde evaluatie van de meldingsprocedure van de Landelijke Overleggroep Openbaar Ministerie-Staatstoezicht op de Volksgezondheid beschikbaar. Haar conclusie is dat de meldingsprocedure relatief snel ingang heeft gevonden in het hele land. De ervaring is dat melding lang niet altijd wordt gedaan aan de hand van de lijst met aandachtspunten. De parketten ondervinden daar geen problemen van, sterker nog zij hebben ook zelf de neiging de lijsten in te korten. Problemen waar ze wel op gestoten zijn: in kleinere gemeentes is de lijkschouwer tevens vaak de consulterend arts; er zijn klachten over de traagheid van de afdoening; er zijn klachten over de betaling van de lijkschouwer; en het blijkt niet altijd te vermijden te zijn dat de begrafenisondernemer op de hoogte geraakt van de euthanasie (bijgevoegd bij *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen,* 22 572, nr. 4).

CDA en PvdA zijn – zoals te verwachten – wel geporteerd van het voorstel. De PvdA denkt dat op deze manier de kwaliteit van het handelen rondom het levenseinde verbeterd zal worden. Het CDA onderstreept nogmaals dat het hier om een formele regeling gaat en niet om materiële criteria. En dat het dus uiteindelijk aan de rechter blijft om individuele gevallen te beoordelen of er sprake is geweest van noodtoestand. Met name ten aanzien van het opnemen in de procedure van levensbeëindiging zonder verzoek willen ze dit duidelijk maken: het gaat erom dit handelen toetsbaar te maken; het gaat er niet om dit handelen op voorhand te rechtvaardigen. Het CDA pleit verder voor een evaluatie drie jaar na de inwerkingtreding.

Andere partijen daarentegen – en dat is evenmin verrassend – hebben allerlei bezwaren. De VVD heeft moeite met de pragmatische aard van het voorstel. Het is niet aantoonbaar gebaseerd op principes en uitgangspunten zoals het zelfbeschikkingsrecht. Partijen als de VVD, D66 en Groen Links behouden hun ernstige bezwaren tegen het opnemen in de meldingsprocedure van levensbeëindigend handelen zonder verzoek. Zowel VVD als D66 hebben het gevoel dat debatteren zinloos is, de regering heeft immers niets met het voorafgaande kamerdebat gedaan. D66 en SGP vinden dat artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht oneigenlijk wordt gebruikt. D66 en Groen Links spreken hun voorkeur uit voor de ‘koninklijke weg’ via het initiatiefwetsvoorstel.

SGP, GPV, RPF verzoeken opnieuw om handhaving van de norm. De SGP merkt nogmaals op dat het CDA ook wel weet dat niet de rechter maar het Openbaar Ministerie in de huidige situatie euthanasie beoordeelt (middels sepots). Het GPV vraagt zich af of de conclusie juist is die de KNMG in een commentaar op het kabinetsstandpunt trok, dat de wettelijke verankering in zekere zin beschouwd kan worden als een aanvaarding door de wetgever van een praktijk waarin euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn toegestaan mits aan bepaalde zorgvuldigheidseisen is voldaan. De partij stelt opnieuw dat de meldingsprocedure niet zal leiden tot de gewenste transparantie.

Algemenere vragen die nog steeds spelen zijn: rijmt het voorstel wel met het beginsel van *nemo tenetur*, het juridisch uitgangspunt dat men niet hoeft mee te werken aan de eigen veroordeling; wat is de precieze rol van de lijkschouwer bij een melding en wat is diens competentie; en hoe ziet de afhandelingsprocedure er *in concreto* uit? Bij het laatste draait het met name om de vraag of het Openbaar Ministerie de belangrijkste beslissing neemt of de rechter.[132]

In hun antwoord stellen de ministers opnieuw dat in casu geen sprake is van het schenden van *nemo tenetur* – de arts legt zijn gegevens over aan de gemeentelijk lijkschouwer, die geen opsporingsambtenaar is, en men kan op dat moment nog niet spreken van een verdachte arts. Verder is de wetgever gerechtigd het beginsel buiten werking te stellen; dat is bijvoorbeeld ook gebeurd met de verplichte bloedproef ten behoeve van de alcoholcontrole. De wetgever kan dus een beperking stellen aan de werking van het beginsel van *nemo tenetur* door te oordelen dat het belang van de toetsbaarheid van het medisch handelen en het belang van een doelmatige opsporing van de uitvoering van euthanasie prevaleren boven het belang dat ten grondslag ligt aan het beginsel.

Ten aanzien van de lijkschouwer stellen de ministers dat diens rol niet wezenlijk anders wordt. Het beleid is erop gericht lijkschouwers een forensische scholing te laten volgen en het lijkschouwerschap te beperken tot artsen die verbonden zijn aan regionale basisgezondheidsdiensten. De taak van de lijkschouwer bij een melding is een oordeel

---

[132] *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen,* 22 572, nr. 5.

geven over de door de arts verstrekte informatie. Daarbij gaat het zowel om zijn oordeel wat betreft de correcte vermelding van de doodsoorzaak als zijn oordeel over correctheid van de verstrekte gegevens.

De ministers maken duidelijk dat in geval van levensbeëindiging op verzoek het niet de rechter is maar functionarissen van het Openbaar Ministerie die nagaan of de betrokken arts in een concreet geval met recht een beroep op overmacht kan doen. Zij motiveren dat door te stellen dat het niet aangaat om een verdachte bloot te stellen aan een strafvervolging, terwijl het Openbaar Ministerie er bij voorbaat in alle redelijkheid van mag uitgaan dat de rechter in het hem voorliggende geval toch niet tot een veroordeling zal komen. Zij wijzen op de stijging van de meldingscijfers en spreken de hoop uit dat wettelijke verankering aan verdere stijging zal bijdragen. De ministers laten nogmaals weten jurisprudentie over levensbeëindiging zonder verzoek gewenst te vinden en dat zij er in ieder geval bij de procureurs-generaal op aan zullen dringen dergelijke zaken voor de rechter te brengen. De gevraagde evaluatie wordt toegezegd.

In het debat in de Tweede Kamer op 2 en 3 februari 1993 passeren dezelfde opvattingen de revue als in de voorbehandeling van het voorstel in 1992. Op 9 februari 1993 wordt gestemd over het wetsvoorstel dat in 1984 door Wessel-Tuinstra is ingediend en over het regeringsvoorstel. Het initiatiefwetsvoorstel wordt met de stemmen van de aanwezige leden van de fracties van D66, Groen Links en de VVD behoudens het lid Franssen voor en die van de overige fracties tegen, verworpen. Het regeringsvoorstel wordt met 91 tegen 45 stemmen aangenomen.[133]

De Eerste Kamer

Nu de Tweede Kamer een regeling ten aanzien van euthanasie heeft aangenomen komt de Eerste Kamer voor het eerst ook te debatteren over het onderwerp. Een scala van – bekende - onderwerpen komt er aan de orde. Op de eerste plaats is er gesproken over de inhoud van de jurisprudentie tot nu toe. Sommige senatoren lezen, net als de regering[134] en met name minister Hirsch Ballin, uit het tweede arrest van de Hoge Raad in de zaak Pols dat het niet aannemelijk kan worden geacht dat een arts een gerechtvaardigde keuze heeft gemaakt wanneer hij euthanasie toepast in een situatie waarin de patiënt niet terminaal ziek is. Er wordt dan ook verzocht om de aandachtspunten wat betreft dit aspect aan te scherpen. Al eerder heeft minister Hirsch Ballin beloofd dat zaken waarin geen sprake was van terminaal lijden aan de rechter zullen worden voorgelegd, een toezegging die hij in de Eerste Kamer herhaalt. Het gevolg hiervan is dat nu een aanzienlijk groter aantal artsen verdere vervolging te wachten staat. Dit blijkt onder andere uit het jaarverslag van het Openbaar Ministerie: waar in voorgaande jaren sprake was van hooguit 1 of 2 vervolgingen per jaar zijn dat er in 1992 vier en in 1993 zelfs 14. [135]

In dit kader wordt er ook veel gerefereerd aan de dan lopende zaken waar artsen terecht staan omdat ze patiënten met psychische problemen geholpen hebben dood te gaan.[136] Minister Hirsch Ballin merkt nog op dat het lijden van een psychiatrische patiënt vrijwel niet te objectiveren is en dat het de vraag is of deze patiënten wel in staat zijn tot vrije wilsbepaling. Juist om die reden, zo herhalen de ministers, is het uitermate gewenst dat er op dit punt een uitspraak van de Hoge Raad komt.

---

133 *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992*: 3404-3405.

134 Blijkend uit haar reactie op het rapport van de Commissie Remmelink.

135 *Terug naar de toekomst. Jaarverslag van het Openbaar Ministerie 1993* (Den Haag 1994) Bijlage 1.

136 Zie daarover de volgende paragraaf.

Op vragen omtrent het melden van levensbeëindiging zonder verzoek, deelt Hirsch Ballin mee dat in de vergadering van procureurs-generaal in 1992 zes van dergelijke zaken besproken zijn. Het betrof hier patiënten die reeds stervende waren of die een zeer geringe levensverwachting hadden en waarbij reeds sprake was van voorschrijdende uitval van vitale functies. De vergadering achtte vervolging niet aangewezen op grond van specifieke, bijzondere omstandigheden van het individuele geval.

Een ander discussiepunt is of officieren van justitie niet een te actieve rol hebben gespeeld in het ontwikkelde beleid. Dit handelt om de eerder vermelde betrokkenheid van officieren van justitie bij het opstellen van euthanasieprotocollen. Er zijn vragen of zij zich daarmee niet te veel gecompromitteerd hebben. Sommige senatoren vragen zich af of het niet zinvol zou zijn om te komen tot een toetsing vooraf. In hun antwoord stellen de ministers dat toetsing vooraf zich niet verdraagt met het beroep op overmacht in de zin van noodtoestand. De beoordeling van dat beroep is per definitie achteraf. Toetsing vooraf zou betekenen dat de overheid toestemming geeft voor euthanasie. In de optiek van het kabinet komt dat te dicht bij legalisering. Ook in de Eerste Kamer wordt weer gehoord dat men het beter acht de procedures voor melding op verzoek en melding zonder verzoek, te scheiden. In antwoord hierop zeggen de ministers toe de tekst van formulier zo te wijzigen dat duidelijk wordt dat er verschil is tussen levensbeëindiging met en levensbeëindiging zonder verzoek.[137]

Inmiddels zijn er enige ontwikkelingen gaande omtrent het beginsel van *nemo tenetur*. Het Europese Hof van Justitie heeft in 1991 in het zogenaamde Funke-arrest[138] geoordeeld dat het beginsel dat iemand niet hoeft mee te werken aan zijn eigen veroordeling een onderdeel vormt van het bepaalde in artikel 6 lid 1 EVRM (het artikel dat handelt over het recht op een eerlijk proces). De Nederlandse Hoge Raad is in oktober 1993 van mening dat een verdedigingsrecht ex artikel 6 EVRM pas begint te werken als er sprake is van een “handeling vanwege de Staat waaraan [de verdachte] in redelijkheid de gevolgtrekking heeft kunnen verbinden dat [tegen hem] ter zake van overtreding van ... [een] wetsbepaling een strafvervolging ... zou worden ingesteld.”[139] De daaraan gekoppelde vraag wanneer er sprake is van een dergelijke handeling, is door de Hoge Raad beantwoord met de overweging dat bij de opening van een gerechtelijk onderzoek dat nog niet het geval is.[140] In het debat over de meldingsprocedure blijkt de regering van mening te zijn dat de zaak bij de meldingsprocedure anders ligt dan in de casus Funke. In 1999 spreekt de Hoge Raad zich uit over de vraag of de meldingsprocedure strijdig is met het beginsel van *nemo tenetur*.[141]

Op 23 en 30 november 1993 vindt het debat in de Eerste Kamer plaats. Het grootste punt van kritiek blijft de samenvoeging van de procedures met en zonder verzoek. Het debat over levensbeëindiging zonder verzoek is nog in volle gang, en moet niet belet worden, zo stelt een deel van de oppositie. De woordvoerder die spreekt namens RPF, SGP en GPV gaat in op het veronderstelde conflict van plichten bij de toepassing van euthanasie. In zijn optiek is van een dergelijk conflict geen sprake omdat euthanasie geen plicht is voor de

---

137 Dit alles vindt plaats tijdens de voorbehandeling van het wetsvoorstel (*Handelingen Eerste Kamer, 1992-1993, Bijlagen,* 22 572, nr. 275, 275a; 275b; 275c; *Handelingen Eerste Kamer 1993-1994, Bijlagen,* 22 572, nr. 24 en nr. 24a).
138 *Nederlandse Jurisprudentie* 1993, nr. 485.
139 *Nederlandse Jurisprudentie* 1994, nr. 629.
140 *Nederlandse Jurisprudentie* 1994, nr. 142.
141 Zie daarvoor paragraaf 9.6.

dokter, het is immers geen gewoon medisch handelen. Ook nu weer wordt de betekenis van de wet in twijfel getrokken: de leer komt het CDA toe en de PvdA de praktijk.

Het is tot aan het eind toe spannend of er voldoende CDA-senatoren zijn die het voorstel zullen ondersteunen. De PvdA-er Van den Berg roept hen daartoe op met de woorden

> aan alle loyaliteit en aan alle trouw komt ooit een einde. Afwijzing van deze regeling door de fractie van het CDA zou - en ik kan dat niet anders zien - de onmogelijkheid aantonen van een redelijk vergelijk met het CDA en zou het de andere democratische partijen in de Nederlandse politiek onmogelijk maken nog langer naar een vergelijk te zoeken. [142]

Het wetsvoorstel wordt op 30 november 1993 in de Eerste Kamer met 37 tegen 34 stemmen aangenomen.[143]

De Nederlandse ontwikkelingen die onder zeer verschillende waarderingen[144] door buitenlanders op de voet worden gevolgd, zijn voor hen amper meer te begrijpen. Euthanasie is verboden in het Wetboek van Strafrecht maar kan met behulp van datzelfde wetboek gerechtvaardigd worden. Een onderwerp van zo grote importantie wordt geregeld in een tamelijk onbelangrijke wet.

8.6 Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten: rapporten en rechtszaken

De arresten van de Hoge Raad hebben duidelijk gemaakt dat euthanasie gerechtvaardigd kan worden bij mensen die een vrijwillig en weloverwogen verzoek doen en uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Zoals op verschillende plaatsen in dit en het voorgaande hoofdstuk is gebleken, is niet voor iedereen duidelijk of aan de oorzaak van het lijden eisen moeten worden gesteld: of het noodzakelijk is dat het lijden ‘terminaal’ is en of het gebaseerd moet zijn op lichamelijke klachten of het vooruitzicht daarvan. In het bijzonder is nog onduidelijk of aan psychiatrische patiënten hulp bij zelfdoding gegeven mag worden. Deze vraag heeft twee componenten. Naast de vraag of een dergelijke patiënt in staat is tot een vrijwillig en weloverwogen verzoek, bestaat de vraag of de Hoge Raad de mening deelt van de minister van Justitie dat euthanasie alleen geoorloofd is bij lichamelijk lijden en in de terminale fase.

De vraag naar de geoorloofdheid van hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten komt in het onderstaande naar voren in een tuchtzaak (de ‘zaak van de vasthoudende inspecteur’), in een strafrechtzaak tegen de psychiater en de huisarts die in 1985 een vrouw bijgestaan hebben in haar zelfdoding, in een bezwaarprocedure tegen de vervolging naar aanleiding van hulp bij zelfdoding bij een anorexia-patiënte, en in de zaak Chabot. Deze vier zaken hebben zich niet geïsoleerd afgespeeld. Zij zijn met name begeleid geweest door het vierde CAL-rapport.[145] In het hiernavolgende worden eerst de standpunten zoals die tot 1995 ontwikkeld zijn beschreven en daarna de rechtszaken.

---

[142] *Handelingen Eerste Kamer 1993-1994*: 445.

[143] *Handelingen Eerste Kamer 1993-1994*: 461.

[144] Zo toont, alleen de bekendste namen wordt hier genoemd, Battin zich positief (Battin 1990 en 1993) en Keown en Gomez zich kritisch (Keown 1992; Gomez 1991).

[145] Van belang is om erop te wijzen dat de binnen de beroepsgroep vooraanstaande psychiater Schudel voorzitter is van de CAL. Schudel heeft al een rol gespeeld bij de behandeling van de zaak Schoonheim bij het hof Den Haag en hij wordt gezien als bijzonder deskundig op dit terrein.

HULP BIJ ZELFDODING BIJ PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN: RAPPORTEN

Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten is incidenteel al eerder onderwerp van discussie geweest.[146] De Gezondheidsraad meende in 1986 dat psychiatrische patiënten met een stervenswens in twee groepen uiteenvallen: zij die aan een zo ernstige stoornis lijden dat zij niet in staat kunnen worden geacht een goed overwogen oordeel over hun situatie te hebben en zij die een stoornis hebben waarbij stadia bestaan waarin zij wel in redelijke mate hun situatie kunnen beoordelen. De eerste groep komt, volgens de Gezondheidsraad, niet in aanmerking voor euthanasie of hulp bij zelfdoding al voldoet hun lijden verder aan de normale eisen. Onder de tweede groep bevinden zich mensen met een uitsluitend psychisch en psychosociaal bepaald lijden. De situatie van deze laatste groep kan volgens de Gezondheidsraad van zo'n ernstige aard zijn dat van een 'uitzichtloze noodtoestand' kan worden gesproken.

Ten aanzien van de toelaatbaarheid van hulp bij zelfdoding bij deze mensen zijn de meningen binnen de Gezondheidsraad verdeeld.[147] De leden van de Gezondheidsraad die tegen zijn menen dat er niet alleen nooit voldoende zekerheid bestaat omtrent de onherstelbaarheid van de situatie waarin betrokkene zich bevindt, maar ook dat het bijna onmogelijk is psychisch lijden intersubjectief vast te stellen, en in termen van objectiveerbare oorzaken, valideerbaar te maken. De andere leden zien wel het probleem dat niet precies vastgelegd kan worden wanneer de hulp wel kan en wanneer niet, maar denken dat de hulp in principe wel mogelijk moet zijn.[148]

Ook binnen de beroepsvereniging van psychiaters (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie - NVP) is gediscussieerd over hulp bij zelfdoding. Binnen de beroepsgroep is de discussie op gang gekomen naar aanleiding van de – verderop in deze paragraaf besproken - 'zaak van de vasthoudende inspecteur'.[149] Een eerste publicatie op dit terrein is een reactie van de NVP op het in 1991 door de NVVE opgestelde rapport over hulpverlening bij hulp bij zelfdodingsvraagstukken.[150]

De NVP stelt in haar reactie dat de problematiek binnen de psychiatrie niet principieel anders is dan daarbuiten. Hulp bij zelfdoding mag dus binnen de psychiatrie in overweging genomen worden. De voorwaarden voor hulpverlening zijn analoog aan de voorwaarden bij euthanasie, waarbij aangetekend wordt dat hulp bij zelfdoding in het algemeen niet aanvaardbaar is indien behandeling redelijkerwijs mogelijk is.[151] Ook stelt de NVP dat de psychiatrische professie een eigen protocol voor hulp bij zelfdoding dient te ontwikkelen, onder andere met definities van kernbegrippen als 'ondraaglijk lijden', 'duurzaam lijden' en het 'vermogen tot autonome oordeelsvorming'.[152]

---

146 Zie voor de standpuntbepalingen van NVVE en SVE begin jaren tachtig paragraaf 4.3. In 1991 heeft de NVVE, zoals te lezen is in de derde paragraaf van dit hoofdstuk, een nieuw rapport uitgebracht over hulp bij zelfdoding.

147 De Gezondheidsraad is unaniem van mening dat euthanasie in tegenstelling tot hulp bij zelfdoding niet geoorloofd is in situaties waarin er sprake is van een uitzichtloze noodsituatie op grond van uitsluitend psychisch of psychosociaal lijden (Gezondheidsraad 1986: 239).

148 Gezondheidsraad 1986: 236-244)..

149 Schudel 1999: 884.

150 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1992.

151 Hiermee richt de NVP zich dus uitdrukkelijk tegen de opvatting van de NVVE die zelfbeschikking voorop plaatst.

152 Deze discussie mondt uit in het installeren van een Commissie Hulp bij Zelfdoding in 1995 en een rapport - *Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater* - in 1998. Samenstelling van de commissie: R.L.P. Berghmans (gezondheidsethicus), J.

In 1993 verschijnt het CAL-rapport over hulp bij zelfdoding bij psychiatrisch patiënten.[153] De CAL gaat ervan uit dat er situaties zijn waarin hulp bij zelfdoding niet bij voorbaat onaanvaardbaar is. Zij stelt dat de hulpverlener bij hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten nog meer dan bij mensen die lijden aan een somatische kwaal, ervan overtuigd moet zijn dat de keuze voor zelfdoding werkelijk een keuze voor de dood is, en niet een verhulde vraag om hulp. Een wens tot hulp bij zelfdoding moet allereerst opgevat worden als een teken dat wijst op achterliggende problematiek. Daarvoor moet eerst hulp geboden worden.

In twee situaties acht de commissie het denkbaar dat de arts overgaat tot het verlenen van hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een ernstige psychiatrische aandoening.[154] Ten eerste bij een patiënt met een psychiatrische aandoening met fluctuerende symptomatologie die in

---

Huisman (psychiater), J. Knol (psychiater), J. Legemaate (gezondheidsjurist), W.A. Nolen (psychiater), F. Polak (psychiater), M.J.W.T. Scherders (psychiater) en A.J. Tholen (psychiater).
Ook de samenstellers van deze nota komen tot de conclusie dat hulp bij zelfdoding ethisch en medisch verantwoord kan zijn. In het rapport wordt het standpunt verwoord dat van uitzichtloosheid gesproken kan worden als er geen behandelingsperspectief meer is. Zolang psychofarmacologische en psychotherapeutische behandelingen die bij de desbetreffende stoornis geïndiceerd zijn nog niet zijn uitgevoerd of door de patiënt zijn geweigerd, is er nog geen sprake van uitzichtloosheid. Zuiver theoretische behandelmogelijkheden kunnen daarbij buiten beschouwing worden gelaten: het behandelperspectief moet reëel zijn, dat wil zeggen binnen een afzienbare termijn en met een redelijke verhouding tussen resultaten en belasting zicht op verbetering bieden (NVP 1998: 36).
De commissie vindt dat een psychiater zich alleen op een professionele noodsituatie gebaseerd op een conflict van plichten kan beroepen binnen een behandelrelatie met een patiënt met een psychiatrische stoornis. De commissie meent dat externe consultatie – onder ander in verband met het probleem van overdracht en tegenoverdracht - *conditio sine quo non* is. Als aan alle eisen is voldaan en de behandelend psychiater besluit hulp bij zelfdoding te verlenen, moet hij afspraken maken over de uitvoering van de zelfdoding met de patiënt, het behandelteam, de naasten, het management van de instelling en de apotheker. De zelfdoding dient bij voorkeur plaats te vinden bij de patiënt thuis, in aanwezigheid van de behandelende psychiater. In sommige gevallen is het denkbaar dat de euthanatica voor een welomschreven periode aan de patiënt wordt meegegeven en dat de psychiater niet aanwezig is bij de zelfdoding maar wel direct oproepbaar is (NVP 1998: 36-37).

[153] KNMG-CAL 1993 (IV). De commissie merkt op dat het karakter van die nota anders is dan dat van de andere nota's. De andere deelnota's handelen over wilsonbekwame patiënten terwijl van psychiatrische patiënten in het algemeen niet gesteld kan worden dat ze wilsonbekwaam zijn (KNMG-CAL 1993 (IV): 5). De nota richt zich op de categorie van patiënten die behandeld worden of eerder behandeld zijn door een psychiater vanwege een ernstige psychiatrische aandoening. De 'balanssuïcide' wordt buiten beschouwing gelaten.

[154] De CAL verdiept zich in hoe wilsbekwaamheid te typeren. De commissie komt daarbij tot vier kenmerken. Ten eerste is wilsbekwaamheid een dimensioneel begrip: men is niet óf wilsbekwaam óf wilsonbekwaam, maar men is meer of minder wilsbekwaam, en afhankelijk van de complexiteit van de situatie en de ingrijpendheid van de beslissing kan men voor een bepaalde beslising (on)voldoende wilsbekwaam worden geacht. Ten tweede is de commissie van mening dat indien er geen behandelingsperspectief meer is, de patiënt ernstig en onafwendbaar lijdt en de patiënt zijn of haar dood uitdrukkelijk en herhaaldelijk wenst, het hanteren van de meest strikte eis voor wilsbekwaamheid onbarmhartig is. Ten derde denkt de commissie dat bij de bepaling van de wilsbekwaamheid gelet moet worden op de volgende zaken: fluctuaties in de psychologische en lichamelijke toestand; de standvastigheid van de patiënt in diens beslissing; het oordeel van familie en vrienden over het besluit van de patiënt; omgevingsfactoren - als voorbeeld noemt ze tekortschietende zorg of een verstoorde behandelrelatie die van invloed is op de beslissing - en het voor de patiënt normale niveau van functioneren. Ten slotte is nog van belang of medisch handelen binnen een aannemelijke termijn tot een redelijk resultaat kan leiden. Als dat het geval is, moet men alles in het werk stellen om suïcide te voorkomen, of de patiënt nu wel of niet aan het meest strikte criterium voor wilsbekwaamheid voldoet (KNMG-CAL 1993 (IV): 15-20).

een relatief goede periode de balans opmaakt en tot suïcide besluit. Ten tweede bij een patiënt met ernstige psychiatrische problematiek waarbij de behandeling niet tot herstel heeft geleid, en waarbij herstel naar huidig medisch inzicht ook niet meer binnen een acceptabele termijn valt te verwachten.

De commissie is de overtuiging toegedaan dat de arts op grond van diens professionele verantwoordelijkheid een legitieme rol kan vervullen bij het verzoek tot hulp bij zelfdoding door een patiënt met een ernstige psychiatrische aandoening. De arts dient zich bij het verlenen van hulp bij zelfdoding aan patiënten met psychiatrische stoornissen zowel aan de inhoudelijke als aan de procedurele zorgvuldigheidseisen te houden. De zorgvuldigheidseisen zijn respectievelijk: de vrijwilligheid van het verzoek, de weloverwogenheid van het verzoek[155], de aanwezigheid van een duurzaam verlangen naar de dood, de aanwezigheid van onaanvaardbaar lijden, het ontbreken van een behandelingsperspectief, consultatie door een deskundige[156] – niet bij de behandeling betrokken – psychiater en schriftelijke verslaglegging.[157] Ten aanzien van alle vereisten dient de grootste zorgvuldigheid te worden betracht. Daarbij zal de arts ervoor waken dat anderen geen onnodig leed wordt toegebracht, hetgeen impliceert dat de arts ernaar streeft dat familie en/of naasten van de patiënt zijn geïnformeerd over de voorgenomen (hulp bij) zelfdoding. De commissie is verder van mening dat een geval van hulp bij zelfdoding in ieder geval gemeld dient te worden zoals in de meldingsprocedure is beschreven. [158]

De zaak van de 'vasthoudende inspecteur'

Een psychiater heeft op 17 juli 1984 een van zijn patiënten vergezeld naar diens huis, waar de patiënt zichzelf doodde met behulp van een daartoe door de psychiater verstrekte drank.[159] Na de zelfdoding heeft de psychiater de politie, het Openbaar Ministerie, de geneeskundig inspecteur en de overige betrokkenen van de gang van zaken op de hoogte gesteld.

Het Openbaar Ministerie zag na een onderzoek af van vervolging. De procureurs-generaal onderschreven het standpunt van de behandelend officier van justitie die de zaak wilde

---

[155] De commissie meent dat schriftelijke verklaringen wel een rol kunnen spelen maar dat in het algemeen de besluitvorming en de hulpverlening omtrent een zelfdoding plaats moet vinden in de periode waarin de patiënt in staat is zijn wil te bepalen (KNMG-CAL 1993 (IV): 38).

[156] De commissie denkt dat het in het algemeen tot de verantwoordelijkheid van de geconsulteerde arts behoort om te bepalen of een contact met de patiënt nodig is (KNMG-CAL 1993 (IV): 36).

[157] Overigens is de commissie – vanuit een oogpunt van autonomie van de patiënt - niet van mening dat de arts per definitie bij de zelfdoding aanwezig moet zijn (KNMG-CAL 1993 (IV): 40).

[158] KNMG-CAL 1993 (IV): 44-47.

[159] De patiënt is kwestie is bijna zestig jaar en is na zijn scheiding in 1975 in een depressieve toestand geraakt en opgenomen in een psychiatrische inrichting. Nadat zijn ex-vrouw in 1978 suïcide heeft gepleegd, doet ook hij een poging tot zelfdoding. De man krijgt van verschillende instellingen – zowel klinisch als poliklinisch – psychiatrische hulp en wordt in september 1983 opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis waar de betreffende psychiater werkt. Ook deze psychiater past een aantal verschillende handelingen toe, maar ook nu leiden ze niet tot het gewenste resultaat. Er volgen inbewaarstellingen vanwege suïcidepogingen en een mislukte behandeling in een andere inrichting. Uiteindelijk keert de patiënt terug naar de psychiater en verzoekt hem, net zoals hij eerder heeft gedaan, om hulp bij zelfdoding. Na overleg met andere artsen en met de familieleden waarmee de patiënt nog contact heeft, besluit de psychiater de gevraagde medewerking te verlenen. Daar zowel het bestuur van de instelling als het verplegend personeel bezwaar heeft tegen de zelfdoding in de inrichting, vergezelt de psychiater de man naar diens huis – daartoe wordt, zonder vermelding van de reden, opheffing van de machtiging gevraagd waarmee de man is opgenomen – waar de zelfdoding plaatsvindt.

seponeren.[160] De regionaal inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid was echter van mening dat de arts, door het dringende verzoek om hulp bij zelfdoding te honoreren, in medisch-ethische zin incorrect had gehandeld.[161] De klacht werd afgewezen waarop de inspecteur vervolgens in hoger beroep ging.[162]

De inspecteur had de volgende grieven tegen de genomen beslissing: het college van eerste aanleg heeft ten onrechte aangenomen dat er sprake was van een door de patiënt als ondraaglijk ervaren lijden; het college is er ten onrechte aan voorbijgegaan dat het ging om een chronisch depressieve patiënt bij wie het doodsverlangen rechtstreeks uit de depressie voortvloeit en bij wie de suïcidaliteit niet als zelfstandige wilsuiting kan en mag worden opgevat; verder is het college er ten onrechte van uitgegaan dat er geen verbetering in de toestand mogelijk was – hierbij wordt opgemerkt dat de patiënt niet in een terminale fase verkeerde, dat de prognose in de psychiatrie een hachelijke zaak is en dat de kans op verbetering nooit kan worden uitgesloten; ten slotte heeft het college onvoldoende ingeschat dat de verhouding tussen psychiater en patiënt onderhevig is aan dubbele bindingen, waarbij de vraag rijst of de patiënt wel zijn leven had beëindigd, wanneer de psychiater hem niet naar huis had vergezeld en hem daar het middel tot zelfdoding had overhandigd.[163]

Het Centraal Medisch Tuchtcollege is evenals de inspecteur van mening dat het moeilijk is vast te stellen of een depressieve patiënt in vrijheid zijn wil kan bepalen. De vraag of het doodsverlangen en de daarmee samenhangende diepte van het lijden van deze patiënt voortkomt uit, samenhangt met, of deel uitmaakt van zijn depressie, is dan ook nauwelijks definitief te beantwoorden. Het Centraal Medisch Tuchtcollege noemt - met een verwijzing naar eventuele nieuwe behandelmethodes - het oordeel dat er geen verbetering kan optreden, hachelijk. Het college denkt dan ook dat met de grootste terughoudendheid dient te worden ingegaan op doodsverlangens zoals de onderhavige die mogelijk samenhangen met een ziekte.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege is van oordeel dat de psychiater in een aantal opzichten laakbaar heeft gehandeld. Het college acht het niet aanvaardbaar dat de rechterlijke machtiging die is aangevraagd vanwege dreigende suïcide, werd beëindigd zonder dat bij de aanvraag daartoe uitdrukkelijk werd vermeld dat wordt overwogen hulp bij zelfdoding te verlenen. Evenmin acht het Centraal Medisch Tuchtcollege het aanvaardbaar, dat de verpleging pas bij een zeer laat stadium werd betrokken bij de reeds langer bij de psychiater levende wens deze hulp bij zelfdoding op de afdeling te doen plaatsvinden. De verpleging, die dagelijks met de patiënt omging, achtte hulp bij zelfdoding, gelet op de eigen ervaringen, niet geïndiceerd en wenste daar niet bij te worden betrokken. Bovendien bestonden er bij de verpleging ethische bezwaren. Het Centraal Medisch Tuchtcollege acht het noodzakelijk, juist bij psychiatrische patiënten in verband met de interactie tussen psychiater en patiënt, dat tenminste een psychiater buiten de inrichting bij de besluitvorming wordt betrokken. Tevens dienen de geraadpleegde psychiaters schriftelijk

160 Enthoven 1988: 241.

161 De zaak dient in september 1987 en de uitspraak volgt op 23 december 1987. De uitspraak is niet gepubliceerd (Schudel e.a. 1993: 746).

162 De psychiater heeft een beroep gedaan op de toepasselijkheid van artikel 6 van EVRM (redelijke termijn). Het Centraal Medisch Tuchtcollege is met het college van eerste aanleg van oordeel dat de inspecteur de klacht binnen een redelijke termijn heeft ingediend. Daarbij heeft het Centraal Medisch Tuchtcollege in ogenschouw genomen dat eerst de uitslag van het strafrechtelijke vooronderzoek is afgewacht. Voorts is van belang dat er bij een principiële zaak als deze aanleiding is om ampel overleg te plegen binnen de hoofdinspectie alvorens tot een conclusie te komen.

163 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1990: 394.

hun mening te geven en niet - zoals in het onderhavige geval - mondeling. Anders dan het college van eerste aanleg is het Centraal Medisch Tuchtcollege van oordeel dat uit hetgeen hiervoor is overwogen, in onderling verband gezien, voortvloeit dat de psychiater geen medewerking had mogen verlenen aan de zelfdoding.[164]

Het Centraal Medisch Tuchtcollege is van oordeel - mede gezien de wijze waarop de psychiater zich over deze hulp bij zelfdoding heeft geïnformeerd bij een aantal psychiaters en de wijze waarop hij openheid heeft betracht naar de familie en alle betrokkenen - dat in dit geval niet zodanig in strijd met artikel 1 van de Medische Tuchtwet is gehandeld dat een maatregel passend is. Wel acht het Centraal Medisch Tuchtcollege publicatie van het oordeel gewenst.[165]

Naar aanleiding van deze uitspraak stelt de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid zich op het standpunt dat hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten in alle gevallen ongewenst is. De slotalinea van het inspectiestandpunt, gepubliceerd in *GIGV-Informatie* van september 1990 luidt:

> Het is de Inspectie bekend dat sommige beroepsoefenaren van mening zijn dat bij een zorgvuldig gevolgde procedure hulp bij zelfdoding soms toelaatbaar is...[gerefereerd wordt onder andere aan het protocol inzake euthanasie zoals dat door de KNMG en 'Het Beterschap' in 1987 is opgesteld, HW]. Hulp bij zelfdoding is evenwel niet vergelijkbaar met euthanasie, omdat er in principe geen sprake is van terminaal lijden. Overigens: bij een patiënt lijdende aan een psychische stoornis zullen, zelfs bij eventuele toepassing van het protocol, de hierin genoemde eisen inzake vrijwilligheid, weloverwogen verzoek, duurzaam verlangen naar de dood en onaanvaardaar lijden, zodanig in twijfel getrokken moeten worden, dat een verzoek om hulp bij zelfdoding altijd negatief moet worden beantwoord door de behandelend arts[166]

Bij het introduceren van de meldingsprocedure in het kader van het nationale onderzoek, herhaalt de inspectie dit standpunt. Zij gaat er dan opnieuw vanuit dat de in de rechtspraak ontwikkelde zorgvuldigheidscriteria uitsluitend betrekking hebben op patiënten met een primair somatisch lijden.[167]

Het Tweede-Kamerlid Kohnstamm (D66) vraagt aan de minister of de mededeling van het Staatstoezicht niet discriminatoir is ten opzichte van die psychiatrische patiënten die in staat zijn weloverwogen en vrijwillig een verzoek om euthanasie te doen. En of de minister van mening is, dat psychiatrische patiënten als zodanig kunnen worden uitgesloten van een verzoek om het toepassen van euthanasie dan wel het verlenen van hulp bij zelfdoding.

---

[164] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1990: 395-396.

[165] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1990: 394-397. Kastelein meent – in haar noot bij het arrest - dat aan de uitspraak te zien is dat het college geworsteld heeft met het bepalen van een oordeel. Gezien de vele vraagtekens die overblijven en de ambivalentie die in de uitspraak doorklinkt - de psychiater had in de gegeven omstandigheden geen medewerking mogen verlenen, maar er wordt ook geen maatregel opgelegd - is het resultaat voor patiënten, beroepsbeoefenaren noch juristen erg bevredigend. De noodzaak van regelgeving wordt hiermee wederom bevestigd (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1990: 39). Schudel c.s. komen tot de conclusie dat het Centraal Medisch Tuchtcollege een onduidelijk oordeel heeft geveld op grond van een ontoereikende motivering. Zij menen dat de zaak niet heeft bijgedragen aan de verdere ontwikkeling van een medisch-ethische standaard op dit "belangrijke, gevoelige én controversiële terrein" (Schudel e.a. 1993: 748).

[166] *GIGV-Informatie* september 1990.

[167] Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1993: 6.

Verder vraagt hij of de minister vindt dat het aan de behandelend arts is te beoordelen of aan een daartoe strekkende verzoek van een psychiatrisch patiënt kan worden voldaan. De minister wijst in zijn antwoord op de opvatting van het Centraal Medisch Tuchtcollege dat het moeilijk is vast te stellen of de wil van een psychiatrisch patiënt niet sterk beïnvloed wordt door zijn ziekte en meent dus dat uiterste zorgvuldigheid vereist is. Het kabinet acht de uitspraak van een rechter hieromtrent wenselijk, aldus de minister.[168]

De opvatting van de inspectie wordt fel bestreden. De gezondheidsjurist Legemaate noemt het in strijd met de rechtsgelijkheid om een bepaalde groep patiënten categorisch uit te sluiten van de vrijheid om hulp bij zelfdoding te verzoeken. Hij wijst het gesuggereerde scherpe onderscheid tussen lichamelijke en geestelijke factoren van de hand.[169] Anderen betwisten de terminale fase als vereiste bij toelaatbare euthanasie.[170]

Twee jaar later –het vierde CAL-rapport is dan inmiddels verschenen - komt de GIGV terug op haar standpunt. Zij meent dan dat het zich laat aanzien dat in zeer uitzonderlijke situaties een arts zich in geval van hulp bij zelfdoding bij een psychiatrisch patiënt met succes zal kunnen rechtvaardigen.[171]

Psychiater en huisarts en de depressieve patiënte

In oktober 1985 heeft een psychiater een recept uitgeschreven waarmee een patiënte middelen in handen heeft gekregen met behulp waarvan zij zich het leven benomen heeft.[172] Tegen deze arts en de eveneens bij de zelfdoding betrokken huisarts, is vervolging ingesteld. De artsen hebben hiertegen bezwaar aangetekend. Zij gingen ervan uit dat zij niet vervolgd zouden worden omdat zij zich gehouden hadden aan de zorgvuldigheidseisen.[173]

De rechtbank Rotterdam verklaart het bezwaarschrift in 1989 ongegrond. De artsen gaan in beroep. Het Gerechtshof 's-Gravenhage verwerpt in mei 1990 op zijn beurt de verweren en de artsen gaan tegen dit oordeel in cassatie bij de Hoge Raad.

---

168 *Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Aanhangsel*, nr. 477.

169 Legemaate 1993.

170 Spreeuwenberg stelt dat de terminale fase noch door de KNMG noch door justitie als vereiste wordt gezien. Hij meent dat het verregaande standpunt van de hoofdinspecteurs zijn medische juridische basis mist (Spreeuwenberg 1991 Geen euthanasie bij psychiatrie).

171 GIGV 1993: 25.

172 De vrouw in kwestie lijdt al jaren aan depressies die, naarmate de jaren verstrijken, ernstiger vormen aannemen. Als gevolg van die depressies raakt zij, mede door veelvuldig gebruik van alcohol en medicijnen, in een volledig isolement, zelfs binnen haar gezin. Zij probeert vele malen een einde aan haar leven te maken. Deze pogingen nemen vanaf 1983 soms gruwelijke vormen aan. De opnames en behandelingen, die in de loop der jaren plaatsgevonden hebben, hebben geen duurzaam effect en mevrouw wijst verdere behandeling af. Op 1 oktober 1985 hebben de artsen een gesprek met de vrouw en haar echtgenoot over haar wens om dood te gaan. Zij blijft bij haar wens en er wordt afgesproken dat de psychiater een recept zal uitschrijven. Zij bespreken verder met de vrouw hoe zij de tabletten in moet nemen en dat zij een niet-reanimeerverklaring moet opstellen. De afspraak is dat zij deze verklaring zal afgeven bij de huisarts, die haar vervolgens het recept zal overhandigen. Aldus geschiedt en op 4 oktober 1985 wordt de vrouw dood aangetroffen (*Nederlandse Jurisprudentie* 1992, nr. 664: 2773-2774). Op 7 oktober wordt sectie op haar verricht en daaruit wordt duidelijk dat het intreden van de dood verklaard kan worden uit vergiftiging met het slaapmiddel Union-Nox, het door de vrouw bij de apotheek opgehaalde middel (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 243-244).

173 Behalve de schending van het vertrouwensbeginsel wordt ook gesteld dat de redelijke termijn waarop een vervolging begonnen wordt, overschreden is.

Op 28 mei 1991 ziet de Hoge Raad geen grond om het oordeel van het hof dat er onvoldoende grondslag was voor een gerechtvaardigd vertrouwen dat de arts niet zou worden vervolgd te vernietigen. De Hoge Raad stelt verder dat het oordeel van het hof, dat bij de beoordeling van het bezwaarschrift niet aannemelijk is geworden dat op het moment van de hulp bij zelfdoding iedere kans op genezing of verbetering van de patiënt uitgesloten moet worden geacht, niet onbegrijpelijk is. Dit oordeel kan, omdat het feitelijk van aard is, in cassatie niet op zijn juistheid worden getoetst. Het middel is vruchteloos voorgesteld.[174]

De artsen moeten zich dus voor de rechter verantwoorden en in 1992 staan zij terecht in Rotterdam.[175] De rechtbank acht bewezen dat de artsen hulp hebben verleend bij een geslaagde zelfmoord. De artsen doen een beroep op noodtoestand. De conclusie van de rechtbank is dat vaststaat dat de patiënte "vrijwillig, weloverwogen, dus ook kalm, helder en met goed inzicht en begrip voor haar eigen situatie, en daarnaast ook duurzaam te kennen heeft gegeven dat zij niet langer wenste te leven". De vraag is of aan deze wilsuiting van haar, een psychiatrisch patiënte, de waarde en het gewicht mag worden toegekend welke de arts en de huisarts daaraan hebben toegekend. De rechtbank is van oordeel dat de aard van de ziekte van de vrouw - er was niet sprake van een psychische ziekte in engere zin - en de toestand waarin zij zich in september/oktober 1985 bevond, voor de arts en de huisarts geen reden behoefde te vormen te twijfelen aan haar wilsbekwaamheid, en af te zien van de door haar gevraagde stervenshulp. Voor dat oordeel vindt de rechtbank steun in de verklaringen van de geraadpleegde deskundigen.[176]

In verband met de gevolgde procedure rijst de vraag of de artsen voorafgaand aan of na het besluit haar zelfdodingmiddelen ter hand te stellen, niet nog aan een aantal vereisten hadden moeten voldoen. De eerste vraag is of ze niet meer en intensiever overleg hadden moeten plegen met (andere) familieleden van de patiënte. De tweede vraag is of zij niet ervoor hadden moeten zorgen dat de patiënte de middelen innam in de aanwezigheid van een of beide van hen. Wat betreft het laatste zijn de deskundigen van mening dat de vraag naar de wenselijkheid van de aanwezigheid van artsen niet in algemene termen te beantwoorden valt omdat dit een persoonlijke, individuele zaak is. Zij denken dat een arts alleen dan bij de zelfdoding aanwezig dient te zijn als de patiënt daarom vraagt. De officier

---

[174] *Nederlandse Jurisprudentie* 1991, nr. 789: 3462. De annotator 't Hart merkt op dat het onvermogen van de politiek een enorme onzekerheid veroorzaakt voor de direct betrokkenen – patiënten, hun familieleden en artsen. Het is jammer, zo meent 't Hart, dat bij een marginale toetsing, passend bij een bezwaarschriftenprocedure, belangrijke kwesties niet ten principale worden beslist. De vraag of geesteszieken een van de lichamelijk zieken te scheiden categorie vormen is van groot belang, nu euthanasie ook toelaatbaar wordt geacht buiten de terminale fase. 't Hart meent dat waar er niet uitdrukkelijk onderscheid wordt gemaakt tussen geesteszieken en lichamelijk zieken, de uitgangspunten met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding in gevallen van ondraaglijk lijden geacht moeten worden op alle ziekten te slaan. Of er vervolgens in het concrete geval sprake is van een op vrije wil berustende en weloverwogen verzoek, vergt een zeer moeilijke en verantwoordelijke beoordeling van feitelijke aard die van geval tot geval bekeken moet worden, aldus 't Hart (*Nederlandse Jurisprudentie* 1991, nr. 789: 3462-3465).

[175] Opnieuw wordt geprobeerd om het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk te verklaren wegens verstrijken van een te lange termijn. Dit wordt afgewezen alhoewel de rechtbank erkent dat 6 jaar en 8 maanden moeten leven onder dreiging van strafvervolging in een zaak die onmiddellijk verband houdt met iemands beroepsuitoefening erg lang is.

[176] *Nederlandse Jurisprudentie* 1992, nr. 664: 2773-2774. De deskundigen zijn W.J. Schudel, B.S. Polak, H.M. Kuitert. Hun verklaringen ondersteunen elkaar in vele opzichten en spreken elkaar in geen onderdeel wezenlijk tegen. Zij zijn ervan overtuigd dat de vrouw subjectief ondraaglijk leed en dat haar situatie uitzichtloos leek. De geraadpleegde deskundigen zijn van oordeel dat de artsen door aan de vrouw de door haar gevraagde stervenshulp te verlenen, als verantwoordelijk artsen hebben gehandeld.

van justitie heeft bij de zitting gezegd dat ook van de kant van de inspecteur van de volksgezondheid geen overwegende bezwaren bestaan tegen de handelwijze van de artsen in dit opzicht. Wat betreft het overleg met de familie is de rechtbank niet van mening, alhoewel ze zich kan voorstellen dat nader overleg met name met de kinderen van de vrouw op zijn plaats had kunnen zijn, dat een eventueel tekortschieten van de artsen op dit punt reeds op zichzelf een beroep op noodtoestand in de weg zou moeten staan.

Het Openbaar Ministerie had niet alleen vervolgd omdat het hier ging om een vrouw met een psychiatrisch verleden maar ook omdat het twijfels had omtrent de toegepaste consultatie. De rechtbank is van oordeel dat consultatie van een onafhankelijke, niet in een behandelrelatie tot de patiënt staande, derde arts/deskundige, om meerdere redenen in beginsel wenselijk is en in het algemeen noodzakelijk zal zijn in zaken zoals deze. Desalniettemin hoeft dit verzuim in dit bijzondere geval niet in de weg van honorering van een beroep op de noodtoestand te staan.[177] De rechtbank ontslaat de artsen van rechtsvervolging.[178]

Ook het Gerechtshof 's-Gravenhage ontslaat – het is inmiddels mei 1993 - de artsen van rechtsvervolging.[179] Ten aanzien van het beroep op noodtoestand overweegt het hof:

> Van psychiatrische patiënten kan in zijn algemeenheid niet worden gezegd dat zij niet in staat zijn hun wil te vormen en te uiten. Dit geldt ook voor een verzoek om hulp bij zelfdoding. Bij de beoordeling van een dergelijk verzoek door de arts tot wie het verzoek is gericht, is echter grote behoedzaamheid en terughoudendheid geboden. Die beoordeling dient – wil hij op het verzoek kunnen ingaan – te leiden tot de overtuiging dat het verzoek door de patiënt duurzaam van aard is en vrijwillig met goed inzicht in eigen situatie en mogelijkheden is gedaan. Zodanige overtuiging zal – gelet op de in veel gevallen bestaande beperkingen in de wilsvorming bij de psychiatrische patiënt – niet licht kunnen ontstaan.[180]

Ten aanzien van de consultatie meent het hof dat heden ten dage inderdaad het oordeel 'onzorgvuldig' zal vallen als niet een andere – niet bij de behandeling betrokken - psychiater

---

[177] Gedurende de behandeling van de patiënte zijn meerdere behandelaars bij haar betrokken geweest en er zijn geen verschillen van mening met betrekking tot de behandeling geconstateerd. De twee betrokken artsen hebben langdurig contact met de patiënte gehad en elkaar meerdere malen geconsulteerd. De predikant die bij de situatie betrokken was, heeft hun oordeel ondersteund. Het oordeel van de artsen met betrekking tot diagnose en prognose wordt – zij het achteraf – onderschreven door de deskundigen. En achteraf kan worden vastgesteld dat zich ten aanzien van de patiënte een situatie voordeed die de hulp rechtvaardigde (*Nederlandse Jurisprudentie* 1992, nr. 664: 2275).

[178] *Nederlandse Jurisprudentie* 1992, nr. 664: 2775. Het oordeel is conform de eis van de officier van justitie. Desalniettemin gaat het Openbaar Ministerie in hoger beroep. De reden is het veronderstelde tekortschieten van de consultatie (Chabot 1993: 723).

[179] De raadsman voert aan dat het Openbaar Ministerie met het hoger beroep handelt in strijd met de beginselen van behoorlijke procesorde. Hij wijst zowel op het requisitoir als op het feit dat de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid inmiddels teruggekomen is op haar standpunt dat hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten uitgesloten is omdat zij niet in een terminale fase verkeren én omdat het twijfelachtig is of zij wel een vrijwillig weloverwogen verzoek kunnen doen. De procureur-generaal deelt mee dat hij indertijd de officier van justitie verzocht had anders te handelen dan deze deed en wijst op het grote belang dat het Openbaar Ministerie hecht aan een rechterlijk antwoord op de in deze (proef)procedure aangesneden algemeen problematiek (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 361).

[180] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 366.

wordt geraadpleegd. De redelijkheid gebiedt echter de vraag naar de zorgvuldigheid van de besluitvorming in deze casus te beoordelen aan de hand van de in 1985 heersende normen en opvattingen. Ook toen had een dergelijk consult voor de hand gelegen maar het hof meent dat – voorzover achteraf controleerbaar – aangenomen moet worden dat er destijds geen redenen aanwezig waren om een derde te consulteren.[181]

De zaak van de anorexia-patiënte

Eind oktober 1990 maakt een 25-jarige anorexia-patiënte een eind aan haar leven met behulp van middelen die zij daartoe gekregen heeft van haar kinderarts. Tegen de arts wordt rechtsvervolging ingesteld waartegen hij bezwaar aantekent. De arts meent dat de officier van justitie niet ontvankelijk dient te worden verklaard in zijn strafvervolging, omdat hij handelt in strijd met door hem opgewekt vertrouwen.[182] Voorts heeft de raadsman aangevoerd dat de officier van justitie zijn vervolgingsbeleid gebruikt voor een ander doel dan waarvoor dit is gegeven. Hij denkt dat niet zozeer het handelen van deze arts ter discussie staat maar dat het gaat om het krijgen van jurisprudentie. Inhoudelijk heeft de raadsman aangevoerd dat de arts niet strafbaar is omdat hij gehandeld heeft in een noodtoestand.

De advocaat heeft al in de bezwaarprocedure verzocht of een aantal deskundigen[183] geraadpleegd mochten worden. Deze deskundigen geven als hun mening dat het lijden duurzaam en uitzichtloos was en dat de patiënte binnen korte tijd suïcide zou hebben gepleegd dan wel voor die tijd de hongerdood zou zijn gestorven. Ook de vraag naar de serieusheid van de wens tot sterven is door hen positief beantwoord.[184] Zij zijn ervan overtuigd dat er geen alternatieve behandelmogelijkheid was en dat de arts de voor hulp bij zelfdoding geldende procedureregels heeft gevolgd.

De rechtbank leidt uit de feiten af dat de arts in een noodtoestand heeft gehandeld. Dat een later oordelende rechter tot veroordeling zal komen, acht de rechtbank hoogst onwaarschijnlijk. Het bezwaarschrift wordt gegrond verklaard en de arts wordt ten aanzien van het gehele telastelegging buiten vervolging gesteld.[185]

---

[181] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 367. Vanwege een vormfout (termijnoverschrijding) wordt de zaak niet door de Hoge Raad behandeld.

[182] De advocaat brengt naar voren dat de arts gehandeld heeft conform de richtlijnen ten aanzien van euthanasie van het ziekenhuis waarin hij werkt. Deze richtlijnen zijn opgesteld met medewerking van een hoofdofficier van justitie. Verder stelt hij dat ook op landelijk niveau uitspraken zijn gedaan, waaruit de arts het gerechtvaardigde vertrouwen kon afleiden dat hij – mits gehandeld met inachtneming van de geldende richtlijnen – strafrechtelijk niet vervolgd zou worden.

[183] Van der Meer (internist), Kuitert (ethicus), Van Agteren (deskundige op het gebied van anorexia nervosa).

[184] Ondersteuning van dit standpunt is te vinden in de op videoband opgenomen verklaring van de vrouw in kwestie waarin zij haar stervenswens en de redenen daartoe naar voren brengt. Deze zeer indringende opname is te zien in een televisiedocumentaire van J. Zaritsky uit 1993: 'An appointment with death' (WGBH, Boston).

[185] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1992: 166. Ook de officier is van mening dat er geen sprake is van strafbaar handelen. Hij meent dat alhoewel er sprake is van een zeer bijzonder geval, aan de formele en inhoudelijke voorwaarden die in de jurisprudentie zijn geformuleerd – en dus aan de eisen te stellen aan het beroep op noodtoestand - voldaan is. Hij concludeert dan ook tot buitenvervolging-stelling van de arts (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1992: 165).

In *Medisch Contact* wordt de vraag geopperd of de officier van justitie van hogerhand opdracht heeft gekregen om de vervolging door te zetten. De reden daarvoor zou zijn een rechterlijk oordeel te krijgen over het grensverleggend handelen van de arts (Spreeuwenberg en Kastelein 1992: 541). Uit vragen in de Tweede Kamer blijkt dat de minister van Justitie inderdaad strafvervolging heeft laten instellen om een duidelijk uitspraak van de rechter te verkrijgen. Een belangrijke overweging daarbij was dat de

De zaak Chabot

Waar de zaak van de 'vasthoudende inspecteur' de discussie over hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten binnen de beroepsgroep op gang bracht, bracht de zaak Chabot deze kwestie in en buiten Nederland binnen het publieke domein.

Op 28 september 1991 helpt de psychiater Chabot een 50-jarige vrouw een einde te maken aan haar leven. De vrouw heeft in een korte tijd een aantal zeer traumatische ervaringen gehad. Haar oudste zoon pleegde, voor haar zeer onverwacht, zelfmoord en haar al langer bestaande huwelijksproblemen verergerden. Bij de vrouw manifesteerde zich daarop een doodswens. Sindsdien was de zorg voor de jongste zoon de enige reden voor haar om te blijven leven. Als die zoon een ongeluk met zijn bromfiets krijgt, blijkt dat hij kanker heeft. Daaraan overlijdt hij een paar maanden later. Diezelfde avond doet de vrouw een poging haar leven te beëindigen. Haar bedoeling is samen met haar zoon te worden begraven. De zelfdoding mislukt echter.

Na elders tevergeefs hulp gezocht te hebben, komt zij via de NVVE in contact met Chabot. Chabot besluit na een reeks gesprekken met de vrouw aan haar wens tegemoet te komen.[186] Op de genoemde dag reist Chabot samen met een bevriende huisarts uit Den Haag – die hij als getuige erbij wil hebben - naar de woning van de vrouw waar ook een vriendin van haar aanwezig is. In de aanwezigheid van deze personen wordt de vrouw gevraagd of ze terug wil komen op haar wens, waarop zij te kennen geeft door te willen gaan. Zij neemt de dodelijke middelen in en overlijdt een half uur later. Chabot meldt de door hem gegeven hulp bij de gemeentelijk lijkschouwer.

In april 1993 staat Chabot – die door Sutorius vertegenwoordigd wordt - terecht in Assen. Hij doet een beroep op noodtoestand. De rechtbank passeert de vraag of de vrouw in kwestie ziek was in psychiatrische zin. Chabot meent overigens dat zij dat niet was. In de optiek van de rechtbank gaat het erover of het lijden van de vrouw ondraaglijk en uitzichtloos was en of haar verzoek om hulp in vrijheid en weloverwogen is gedaan. De rechtbank komt tot de conclusie dat dat inderdaad het geval was. Door haar stellige weigering welke therapie dan ook te aanvaarden was herstel of verzachting van het lijden niet mogelijk.[187] Voorts moet ernstig gevreesd worden, dat zij, als Chabot haar niet

---

patiënt niet in de terminale fase verkeerde en dat het ging om een lijden met een psychische oorsprong. De wenselijkheid om een uitspraak van de rechter te krijgen over een dergelijke zaak is er nog steeds, zo meent de minister. Hij deelt echter mee dat er niet in hoger beroep wordt gegaan (*Handelingen Tweede Kamer 1991-1992, Bijlagen,* 20 383, nr. 16: 21).

[186] Chabot heeft zijn bevindingen uitvoerig gedocumenteerd. Hij stelt dat de vrouw naar zijn overtuiging een van de (feilbare) gruwelijke zelfdodingswegen zal kiezen en dat op zeer korte termijn. Hij raadpleegt in totaal zeven consulenten, met name omtrent de vraag of hij diagnostisch dan wel therapeutisch iets over het hoofd ziet. De geraadpleegde consulenten zijn, met uitzondering van Van Tol en Schudel, van mening dat het lijden van de vrouw uitzichtloos is. De consulenten Van Dantzig, Mittendorf, Kuitert, Van Ree en Schudel steunen de genoemde conclusie van Chabot in die zin, dat zij van mening zijn, dat in geval Chabot zijn hulp geweigerd zou hebben een gewelddadige (poging tot) zelfdoding van de vrouw aannemelijk zou zijn geweest (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 291). Ook voor het grote publiek heeft Chabot de casus en zijn handelen uitgebreid beschreven (Chabot 1993).

[187] De rechtbank voegt daaraan toe - met verwijzing naar verklaringen van deskundigen - dat ook in geval mevrouw wel enige therapie had willen volgen, het maar de vraag is of dat een alternatief vormde. Er zou een lange periode mee gemoeid zijn, terwijl herstel uiterst onwaarschijnlijk was. Bovendien zou de mate waarin het lijden verzacht zou worden, indien een dergelijk resultaat al bereikt zou worden, zeer gering zijn.

geholpen had, opnieuw zou trachten zich van het leven te beroven, en wel op een gruwelijke wijze.

De eis van de officier dat hulp bij zelfdoding alleen aanvaard kan worden als onomstotelijk vaststaat dat de dood op afzienbare termijn zal intreden, is volgens de rechtbank niet juist. Volstrekte zekerheid is ook bij somatisch lijden op dit punt niet (altijd) te geven en kan dus in redelijkheid niet gevergd worden.

De rechtbank wijst er ook nog op dat duidelijk is geworden dat Chabot de vrouw alle mogelijke therapieën heeft aangeboden en dat in geen enkel opzicht aannemelijk is geworden dat zij de situatie waarin zij verkeerde of de strekking van haar verzoek niet kon overzien of begrijpen. Noch Chabot, noch een van de geraadpleegde deskundigen geeft als mening, dat haar keuze niet (geheel) serieus genomen diende te worden, omdat deze (mede) een resultaat zou zijn van een geestelijke ziekte. De conclusie moet zijn dat “vaststaat dat B. duurzaam, vrijwillig en weloverwogen met een goed inzicht in haar situatie, waaronder de haar aangeboden mogelijkheden tot behandeling, te kennen heeft gegeven te willen sterven.”[188]

Van de zijde van de officier van justitie is nog gesteld, dat het juister ware geweest indien de vrouw niet alleen door Chabot maar ook door een andere deskundige zou zijn onderzocht. De officier weet zich daarin gesteund door de getuige-deskundige Van Tol. De rechtbank neemt dit standpunt echter niet over. De rechtbank is van mening dat van geval tot geval beoordeeld zal moeten worden of een ‘*second opinion*’ nodig is. In het onderhavige geval zijn in totaal zeven consulenten geraadpleegd. Zij zijn allen zeer deskundig op hun vakgebied en zij zijn unaniem van oordeel dat Chabot uiterst zorgvuldig en deskundig te werk is gegaan. Onder deze omstandigheden staat het feit dat geen andere deskundige de vrouw heeft onderzocht, een beroep op noodtoestand niet in de weg, oordeelt de rechtbank.[189] De rechtbank kent aan Chabot het beroep op overmacht in de zin van noodtoestand toe en ontslaat hem van rechtsvervolging.[190] Het Openbaar Ministerie gaat tegen dit vonnis in beroep.

Voor het Gerechtshof Leeuwarden doet Chabot in september 1993 opnieuw een beroep op noodtoestand. Het hof stelt vast dat bij mevrouw sprake was van psychische traumata die in beginsel voor psychiatrische dan wel psychologische behandeling in aanmerking komen. Op grond daarvan was Chabot gelegitimeerd om met mevrouw een arts-patiëntrelatie aan te gaan, ook al betekende dit, dat hij zich blootstelde aan de kans dat hij het door hem aangegeven conflict over zich afriep. Uit de verklaringen van de deskundigen blijkt dat geen van hen hulp bij zelfdoding van een persoon wiens lijden niet een somatische oorzaak heeft en die niet in de terminale fase verkeert, bij voorbaat uitsluit. Daarom kan volgens het hof de aandacht gericht worden op de vraag of Chabot zich gehouden heeft aan de zorgvuldigheidseisen. De vraag is dan of de patiënt vrijwillig en weloverwogen blijk heeft gegeven van een duurzaam verlangen naar de dood en of de arts erkend heeft dat de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. Chabot heeft beide vragen met “ja” beantwoord. De deskundigen bevestigen dat mevrouw ernstig leed, een hardnekkige doodswens had en dat

---

[188] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 292.

[189] Verder is opgemerkt dat de periode waarin Chabot contacten had met de vrouw betrekkelijk kort is geweest. Van Tol verbindt aan het tijdsbestek de overweging dat het wenselijker ware geweest, dat de gesprekken meer gespreid zouden zijn geweest. Gelet echter op het feit, dat in de vier weken, waarin de gesprekken hebben plaatsgevonden er een zeer intensief contact was tussen de vrouw en de zorgvuldigheid van Chabots onderzoek acht de rechtbank de lengte van het tijdsbestek waarin een en ander plaatsvond niet van overwegende betekenis.

[190] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 293.

er geen concreet behandelingsperspectief was.[191] Het hof acht het aannemelijk dat Chabot wanneer er een behandeling mogelijk was geweest met een reële kans op resultaat binnen een afzienbare termijn, druk op mevrouw was blijven uitoefenen om zo'n behandeling te ondergaan en in geval zij dat zou weigeren, niet zou zijn overgegaan tot de hem gevraagde hulp.

In beroep speelt ook de vraag ten aanzien van de consultatie. De procureur-generaal verbindt aan het ontbreken van hetgeen hij een 'contra-expertise' noemt, de conclusie dat er sprake is van een "wankele basis", omdat het oordeel waarop de beslissing is gestoeld eenzijdig en oncontroleerbaar is. Het hof meent dat er niet gesproken kan worden van een "wankele basis". Er zijn immers gegevens beschikbaar van mevrouws huisarts, de psychiater waarbij ze eerder onder behandeling is geweest en het verslag van Chabot. De presentatie van de casus door Chabot is voor de consulenten - met name voor diegenen die het verlenen van de gevraagde hulp bij zelfdoding niet afwezen - kennelijk voldoende geweest om zelf zonder mevrouw te hebben gezien, in stellige bewoordingen te oordelen, terwijl geen der deskundigen, achteraf beschouwd, van oordeel is dat Chabot tekortgeschoten is in de betrachte zorgvuldigheid.

Wat betreft de noodzaak van een tweede arts die de patiënt persoonlijk onderzoekt, overweegt het hof dat noch Schudel, noch Van Tol[192] aan de door hen uitgesproken wenselijkheid van een persoonlijk onderzoek door de consulent de conclusie verbindt, dat de beslissing van Chabot is beïnvloed door ethisch onzuivere motieven. Evenmin heeft een van de andere geraadpleegde deskundigen enige aanwijzing gevonden, dat het ontbreken van een consultatie waarbij de consulent de patiënt gezien heeft, afbreuk heeft gedaan aan de zorgvuldigheid van de beslissing. Het hof is dan ook van oordeel dat in dit geval het achterwege blijven van een tweede psychiatrisch onderzoek een beroep op noodtoestand niet in de weg staat. Het hof kent het beroep op noodtoestand toe en ontslaat Chabot van rechtsvervolging.[193]

Het Openbaar Ministerie gaat tegen het vonnis in cassatie bij de Hoge Raad. In het eerste middel vecht de procureur-generaal het oordeel van het hof op twee te onderscheiden, maar nauw samenhangende gronden aan. Allereerst stelt hij dat er naar geldend recht geen sprake kan zijn geweest van noodtoestand, aangezien de patiënte niet in een terminale fase verkeerde. In de tweede plaats betoogt hij dat in de medische wereld op het punt van de hulp bij zelfdoding van een patiënt met een psychische problematiek geen *communis opinio* bestaat. Dus, zo meent de procureur-generaal, kan niet gezegd worden dat Chabot – in termen van de eerdere arresten - heeft gehandeld naar "wetenschappelijk verantwoord

[191] De deskundige Schudel heeft desgevraagd aangegeven dat er sprake was van een "althans theoretisch, behandelbare aandoening". In zijn visie kan van uitzichtloosheid pas gesproken worden, wanneer het psychiatrisch ziektebeeld naar actueel medisch inzicht adequaat doch tevergeefs is behandeld. In het concrete geval zou naar Schudels mening een eventuele behandeling waarschijnlijk van lange duur zijn geweest, terwijl de kans dat herstel, dan wel een aanmerkelijke verbetering van haar psychische conditie zou zijn opgetreden, bescheiden moet worden geacht. De meeste andere deskundigen achten een theoretisch behandelingsperspectief niet van belang aangezien een psychotherapeutische behandeling slechts op vrijwillige basis met inzet van de hulpvrager mogelijk is of in de vorm van dwangbehandeling, waarvoor in casu geen rechtsgrond aanwezig was. Geen van de deskundigen heeft in deze zaak een concreet behandelingsperspectief aanwezig geacht.

[192] De twee deskundigen die het meest neigen naar de opvatting dat deze vorm van consultatie een noodzakelijk vereiste is. Overigens is via deze twee personen bij uitstek kennis van de ontwikkelingen binnen de beroepsgroep in huis gehaald: beiden zijn lid van de CAL.

[193] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993, nr. 62: 500-506.

medisch inzicht en naar geldende normen van medische ethiek". [194] Het hof had er niet aan mogen voorbijgaan dat de jurisprudentie van de Hoge Raad betrekking heeft op patiënten wier lijden in overwegende mate voortvloeide uit een somatische aandoening.

In het tweede middel stelt de procureur-generaal dat het hof het recht heeft geschonden door te oordelen dat het verzoek tot hulp bij zelfdoding weloverwogen en vrijwillig tot stand is gekomen terwijl bij de hulpvraagster sprake was van een stoornis, bestaande uit een depressie in engere zin. De vrijwilligheid van een verzoek van een psychiatrische patiënt blijft te allen tijde aan twijfel onderhevig, zo motiveert de procureur-generaal dit middel.[195]

In het derde middel brengt de procureur-generaal in dat een tweede psychiater mevrouw had moeten onderzoeken. De procureur-generaal erkent dat de Hoge Raad eerder geoordeeld heeft dat het feit dat geen onafhankelijk arts is geraadpleegd, een geslaagd beroep op de noodtoestand niet in de weg hoeft te staan. Maar hij wijst erop dat in dit geval geen sprake was van een lijden met somatische oorsprong, een situatie waar minder zekerheid bestaat omtrent de diagnose en de vrijwilligheid en weloverwogenheid van het verzoek. Hoe minder zekerheid er is, hoe meer waarborgen er moeten zijn, meent de procureur-generaal. In zijn opinie mag het oordeel van tenminste één deskundige die de patiënt zelf heeft gezien, nimmer ontbreken.

In zijn arrest stelt de Hoge Raad dat het eerste middel berust op de opvatting dat hulp bij zelfdoding door een arts aan een patiënt als de onderhavige, bij wie geen somatisch lijden aanwezig is en die niet in de terminele fase verkeert, nimmer kan worden gerechtvaardigd. Die opvatting kan volgens de Hoge Raad om twee redenen niet aanvaard worden. De eerste is dat de specifieke aard van noodtoestand zich hiertegen verzet. Het gaat er bij noodtoestand om dat de rechter achteraf de bijzondere omstandigheden van het geval weegt en waardeert en op basis daarvan komt tot een oordeel omtrent de gerechtvaardigdheid van het handelen. Op de tweede plaats moet

> Bij de beantwoording van de vraag of in een bepaald geval het lijden van een persoon als zo ondraaglijk en uitzichtloos moet worden aangemerkt, dat een handelen in strijd met het in art. 294 Sr vervatte verbod gerechtvaardigd moet worden geacht omdat er sprake is van noodtoestand, moet dit lijden in zoverre worden geabstraheerd van de oorzaak daarvan dat de oorzaak van het lijden niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Dit neemt niet weg dat in geval het lijden van een patiënt niet aantoonbaar voortvloeit uit een somatische ziekte of aandoening en niet enkel bestaat uit beleving van pijn en verlies van lichamelijke functies het lijden en met name de ernst en uitzichtloosheid ervan moeilijker objectief kunnen worden vastgesteld. Daarom dient het onderzoek van

[194] De procureur-generaal gaat hiermee voorbij aan het standpunt van de CAL en van de NVP (NVP 1992) die het denkbaar achten dat een arts overgaat tot het verlenen van hulp bij zelfdoding.

[195] In de optiek van de procureur-generaal is de vaststelling van het ziektebeeld van essentieel belang om te kunnen bepalen in hoeverre iemand in beginsel in staat is tot vrije wilsbepaling. Hij verwijst daarbij naar de uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege in de zaak van 'de vasthoudend inspecteur' (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1990: 394-397). Uit die uitspraak volgt, zo meent de procureur-generaal, dat binnen de medische stand geen overeenstemming bestaat over de vraag of een psychiatrische patiënt werkelijk in staat is in vrijheid zijn wil te bepalen. Ook hierover heeft de CAL een andere opvatting verwoord. De commissie meent dat indien er geen behandelingsperspectief meer is, de patiënt ernstig en onafwendbaar lijdt, én de patiënt de dood uitdrukkelijk en herhaaldelijk wenst, het hanteren van de meest strikte eis voor wilsonbekwaamheid onbarmhartig is (KNMG-CAL 1993 (IV): 45).

> de rechter of in dergelijke gevallen sprake is van noodtoestand met uitzonderlijk grote behoedzaamheid te geschieden.[196]

De Hoge Raad verwerpt het eerste middel.

Volgens de Hoge Raad wordt in het tweede middel primair aangevoerd dat bij een psychiatrisch patiënt nimmer sprake kan zijn van een vrije wilsbepaling met betrekking tot een verzoek tot hulp bij zelfdoding. Subsidiair behelst het middel een motiveringsklacht tegen het oordeel van het hof dat er in deze casus sprake is geweest van een vrije wilsbepaling. Het eerste deel van het middel wordt door de Hoge Raad verworpen: het oordeel van het hof dat aan de stervenswens van personen die psychisch lijden een autonome wilsbepaling ten grondslag kan liggen, is op zich niet juridisch onjuist te noemen. Het tweede gedeelte van dit middel acht de Hoge Raad, mede tegen de achtergrond van de in het derde middel opgeworpen klachten, gegrond.

Opnieuw wijst de Hoge Raad op de grote behoedzaamheid waarmee een geval als dit beoordeeld moet worden.[197] Alhoewel er situaties zijn waarin het achterwege laten van een consultatie van een onafhankelijk collega niet uitsluit dat de rechter later oordeelt dat een arts gehandeld heeft in noodtoestand, ligt dat in een geval als de onderhavige anders:

> ... in een geval als het onderhavige, behoort de rechter in zijn onderzoek naar de gegrondheid van het beroep op noodtoestand, gelet op de uitzonderlijk grote behoedzaamheid waarmee hij zijn oordeel te dien aanzien dient te vormen, ook ten grondslag te leggen het oordeel van een onafhankelijke deskundige... die in elk geval de patiënt heeft gezien en onderzocht.[198]

Naast het criterium van de consulent die de patiënt zelf moet hebben gezien meent de Hoge Raad dat er een tweede – extra – eis gesteld moet worden bij hulp bij zelfdoding bij deze groep patiënten: een reëel behandelingsperspectief mag niet zijn afgewezen.

> In verband met 's rechters oordeelsvorming .... behoort een mede op eigen onderzoek van de patiënt steunend oordeel van een onafhankelijke collega van de verdachte arts zich uit te strekken tot de ernst van het lijden en de uitzichtloosheid daarvan, en in dat verband tot andere mogelijkheden voor hulpverlening. Bij de beoordeling of sprake is van zo ondraaglijk en uitzichtloos lijden dat daardoor het verlenen van hulp bij zelfdoding als een in noodtoestand gerechtvaardigde keuze is aan te merken, is immers van belang dat van zodanige uitzichtloosheid in beginsel geen sprake kan zijn indien een reëel alternatief om dat lijden te verlichten door de betrokkene in volle vrijheid is afgewezen.[199]

Aangezien een zodanig oordeel van een deskundige ontbreekt, had het hof niet tot het oordeel kunnen komen, dat Chabot als behandelend psychiater voor een onontkoombaar conflict van plichten stond en in die situatie een gerechtvaardigde keuze heeft gemaakt. Het

---

[196] *Nederlandse Jurisprudentie* 1994, nr. 656: 3154.
[197] Chabot zelf spreekt vanwege het aantal keren dat het woord 'behoedzaam' valt, liever van het 'Behoedzaamheidsarrest' dan van het 'Chabot-arrest'.
[198] *Nederlandse Jurisprudentie* 1994, nr. 656: 3155.
[199] *Nederlandse Jurisprudentie* 1994, nr. 656: 3155. Verder moet de consulent nagaan of de patiënt in staat is tot vrijwillige en weloverwogen besluitvorming zonder dat diens beslisvaardigheid is beïnvloed door zijn ziekte of aandoening.

hof had het beroep op noodtoestand moeten verwerpen. Het derde middel en in verband daarmee ook de motiveringsklacht van het tweede middel, zijn derhalve gegrond.

De Hoge Raad is dan ook van mening dat de uitspraak van het hof moet worden vernietigd. In het algemeen wordt in zo'n geval de zaak verwezen naar een ander hof voor verdere behandeling. Aangezien er echter geen geraadpleegde deskundige is, zal dat hof alleen tot de conclusie kunnen komen dat het beroep op noodtoestand wordt verworpen. Om redenen van een doelmatige rechtspleging trekt de Hoge Raad nu zelf die conclusie. Daar Chabot geen beroep heeft gedaan op een andere strafuitsluitingsgrond wordt de zaak bewezen verklaard en komt de Hoge Raad tot het oordeel dat Chabot - alhoewel schuldig en strafbaar - met toepassing van artikel 9a van het Wetboek van Strafrecht geen straf of maatregel zal worden opgelegd.[200]

Na zijn rechtsgang tot en met de Hoge Raad staat de psychiater Chabot ook nog een zaak voor het medisch tuchtcollege te wachten.[201] De inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid verwijt Chabot dat hij ernstig tekort is geschoten in de door hem aan de vrouw verleende zorg. Chabot had de vrouw adequate psychiatrische en/of psychotherapeutische hulp moeten verlenen, dan wel haar daarvoor door moeten verwijzen naar een collega. De inspecteur is verder van mening dat niet vaststaat dat er sprake was van duurzaam lijden en dat bij deze patiënte niet zonder meer gesproken kon worden van vrije wil. De wil van de patiënte was immers mede beïnvloed door traumatische gebeurtenissen en de hulp die zij naar aanleiding daarvan heeft gekregen. De inspecteur denkt dat niet gezegd kan worden dat haar weigering zich te laten behandelen weloverwogen was. Bovendien stelt ook de inspecteur dat een andere deskundige de patiënte had moeten zien.

Voor het overgrote deel gaat de medische tuchtzaak dus over dezelfde punten als de strafzaak. Anders is dat nu, ten gevolge van het horen van een andere deskundige[202] meer twijfel is ten aanzien van het bestaan van een behandelingsperspectief. Een nieuw punt is verder dat het college oordeelt dat Chabot afbreuk heeft gedaan aan de vereiste professionele distantie door patiënte op zijn verblijf te ontvangen en in een tuinhuis te laten overnachten, en door, ook buiten de arts-patiëntgesprekken, contact met haar te hebben.

---

[200] *Nederlandse Jurisprudentie* 1994, nr. 656. De noot is van Schalken. Hij onderstreept dat dit arrest een nieuw en belangrijk hoofdstuk toevoegt aan de discussie over euthanasie en hulp bij zelfdoding. Volgens Schalken laat de wijze waarop de Hoge Raad noodtoestand in het Schoonmheim-arrest heeft geconstrueerd weinig andere keus dan hetgeen de Hoge Raad thans ten aanzien van het geestelijk lijden heeft vastgesteld. Bij noodtoestand gaat het om de dwingendheid van de situatie die het conflict van plichten in het leven roept. Het in het recht onderscheid maken naar type en oorsprong van het lijden kan in strijd komen met het beginsel van rechtsgelijkheid. Schalken meent niet dat dit arrest de conclusie wettigt dat er geen gronden meer zijn een categoraal onderscheid te maken naar andere groepen personen bij wie niet van een lichamelijk of psychisch lijden sprake is. Men kan daarbij denken aan mensen met ernstig levensverdriet of bejaarde mensen die de ontwikkeling een stapje voor willen zijn. Het is twijfelachtig, volgens Schalken, of de Hoge Raad de deur zover heeft opengezet. Hij noemt het niet waarschijnlijk dat de Hoge Raad nu ook al de 'pil van Drion' heeft gelegaliseerd. Dergelijke gevallen liggen, in zijn optiek, niet meer op het terrein van de medicus (*Nederlandse Jurisprudentie* 1994, nr. 656: 3156-3160).

[201] Menig auteur denkt dat Chabot hiermee onrecht wordt aangedaan.

[202] Het betreft de psychiater Van den Hoofdakker. Hij komt tot de conclusie dat een oordeel over de situatie onmogelijk is omdat er geen onafhankelijke ander over de situatie kan getuigen. Hij meent dat als er sprake was van een depressie mevrouw behandeld had moeten worden en als er geen sprake was van een depressie er geen taak voor een dokter lag (R.J. van den Hoofdakker, 'Hollands dagboek', *NRC-Handelsblad* 21 januari 1995).

Het Medisch Tuchtcollege is van oordeel dat Chabot het vertrouwen in de medische stand heeft ondermijnd en berispt hem hiervoor.[203]

Met het Chabot-arrest heeft de Hoge Raad opnieuw meer duidelijkheid gegeven omtrent de grenzen van toelaatbare euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het categorisch ‘neen’ van minister van Justitie Hirsch Ballin tegen levensbeëindiging op verzoek bij patiënten die niet in de terminale fase zijn, heeft geen ondersteuning gevonden bij de Hoge Raad. De opvatting van de beroepsgroep dat van psychiatrische patiënten niet bij voorbaat gezegd kan worden dat zij niet in staat moeten worden geacht tot een vrijwillig en weloverwogen verzoek tot hulp bij zelfdoding, heeft daarentegen wel ondersteuning gekregen. Over de rug van Chabot is duidelijk geworden – en ook dat is een standpunt van de beroepsgroep – dat hulp bij zelfdoding bij mensen met psychische problemen grote behoedzaamheid en extra waarborgen vergt. Ten slotte is ook het punt van de weigering van behandeling iets verder opgehelderd. Mensen met een psychisch lijden dat geen herkende somatische basis heeft, hebben niet het recht een reëel behandelingsperspectief – een behandeling die binnen overzienbare termijn met een redelijke verhouding tussen te verwachten resultaat en de belasting van de behandeling, een verbetering in de situatie van de patiënt kan bewerkstelligen - te weigeren.[204]

Reacties

De zaak Chabot heeft heel veel stof doen opwaaien. Een van de centrale vragen is of een dokter wel een taak heeft in een zaak als deze. Chabot beantwoordt die vraag met erop te wijzen dat de dokter de sleutel van de medicijnkast beheert.[205] Als je aan die sleutel wil komen, moet je de dokter overtuigen. Ook de psycholoog en gezondheidsethicus Berghmans verwoordt dit standpunt. Hij stelt dat strikt genomen ook waar wél sprake is van een gediagnosticeerde somatische of psychiatrische ziekte er geen medische indicatie is voor het verstrekken of toedienen van dodende middelen. In zijn optiek kan men op goede gronden verdedigen dat dergelijk handelen buiten de normale of gangbare doelstelling van de geneeskunde valt. Als er uitzonderingen toegestaan worden waar het gaat om ernstige zieken – naar zijn mening terecht – “ontkomen wij er niet aan dit ook te doen bij niet-zieken, zo lang de toegang tot de ‘thanatische medicijnkast’ wordt bewaakt door de arts”.[206]

---

[203] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1995: 226-237. Ook de huisarts die aanwezig was bij de zelfdoding moet zich verantwoorden voor het Medisch Tuchtcollege. De inspecteur heeft een klacht tegen hem ingediend inhoudende dat hij de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd door aanwezig te zijn bij de door Chabot aan een patiënte verleende hulp bij zelfdoding. De huisarts voert aan, dat hij niet als (mede)behandelaar van de patiënte of als arts-consulent is te beschouwen, doch dat hij slechts als vriend door Chabot geraadpleegd is over de door deze te nemen beslissing. Hij vervulde slechts de rol van vertrouwenspersoon van Chabot. Hij zou de door Chabot aan de patiënte toegezegde hulp niet hebben verleend, wanneer Chabot daartoe op enig moment zelf niet in staat zou zijn geweest.
Het college acht de huisarts inhoudelijk niet medeverantwoordelijk voor de door Chabot genomen beslissing. Hij is evenmin te beschouwen als een adviseur van Chabot. In tuchtrechtelijke zin is hem dan ook geen verwijt te maken. Dat had naar het oordeel van het college wellicht anders kunnen zijn, indien het de huisarts op grond van verslaglegging van Chabot evident had moeten zijn, dat de beslissing om het verzoek om hulp bij zelfdoding in te willigen, niet in overeenstemming was met de maatstaven voor de medische beroepsuitoefening. De huisarts heeft dat echter uit de verslaglegging niet hoeven opmaken (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1995: 236-239).

[204] Dit is conform het standpunt van de beroepsgroep van psychiaters (zie aan het begin van deze paragraaf) en tegengesteld aan dat van de NVVE (zie daarvoor paragraaf 8.3).

[205] F. Vermeulen, ‘Zelfdoding, de dokter en de medicijnkast’, *NRC-Handelsblad* 1 mei 1993.

[206] R. Berghmans, ‘De psychiater, de dood en de zorgvuldigheid’, *NRC-Handelsblad* 15 september 1993. Zowel Chabot als Berghmans menen dat er goede redenen zijn om de sleutel van de medicijnkast in handen van artsen te leggen.

De hoogleraar filosofie Achterhuis verzet zich sterk tegen Chabots opvatting. Hij spreekt in dit kader van "het sluipende maatschappelijke proces van medicalisering".[207] Ook de politicoloog Trappenburg uit haar bezorgdheid over medicalisering. Zij pleit voor "medische bescheidenheid"[208] en meent dat men niet de kant op moet gaan die Chabot gekozen heeft. In haar optiek is bij die laatste keuze de enige grens die nog rest de individuele, uitzichtloze noodsituatie. Dat is weliswaar een grens maar het enige dat die buitensluit is 'de pil van Drion'.

TWEE ANDERE RECHTSZAKEN BETREFFENDE HULP BIJ ZELFDODING

Kort na het arrest van de Hoge Raad helpt de psychiater C. een patiënte bij haar zelfdoding.[209] C. meldt het verlenen van de hulp aan de gemeentelijk lijkschouwer, waarop hij zich moet verantwoorden voor zijn handelen bij de rechtbank 's Hertogenbosch. C. doet een beroep op noodtoestand. De rechtbank is op geleide van de getuigen-deskundigen van mening dat C. volgens wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en overeenkomstig in

---

[207] H. Achterhuis, 'Van wieg tot graf onder medisch regiem', *NRC-Handelsblad* 14 mei 1993. Achterhuis schrijft – als reactie op het boek *Zelf beschikt* van Chabot - samen met een aantal anderen die zich publiekelijk in negatieve termen over de zaak hebben uitgelaten, de bundel *Als de dood voor het leven. Over professionele hulp bij zelfmoord* (Amsterdam 1995). Een van deze mede-auteurs is de psychiater Koerselman. Koerselman noemt het standpunt van de GIGV in 1991 het enig juiste: een psychiater mag nooit een patiënt helpen bij diens suïcide (A. Holtrop, 'De weloverwogen suïcide bestaat niet', *NRC-Handelsblad* 21 mei 1994). Koerselman kruist ook in *MGV*: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* de degens met Chabot (Koerselman 1994 en Chabot 1994).

[208] In Trappenburgs optiek moeten artsen het midden houden tussen twee extreme artsentypes die beide onwenselijk zijn: het ene type is de arts die zijn patiënten beschouwt als disfunctionerende biologische organismen. Het tweede type is de arts die zich ten dienste stelt aan 'de hele mens' die voor hem staat. Ergens tussen deze twee uiteinden bevindt zich "de arts van de medische bescheidenheid". Die arts maakt onderscheid tussen medische problemen enerzijds en sociale of maatschappelijke problemen anderzijds. De maatschappij kan daarbij helpen door naast het medische circuit instituties in stand te houden waar mensen terecht kunnen als zij ongelukkig zijn, zich wanhopig of overbodig voelen (Trappenburg 1995).

[209] De vrouw leed al meer dan 15 jaar aan *anorexia nervosa*, het laatste jaar gecombineerd met depressies. Vanaf september 1993 laat ze weten dood te willen. De behandelend psychiater heeft met haar afgesproken nog één keer een behandeling te proberen en dat als dat niet helpt, haar verzoek om hulp bij zelfdoding verder te bespreken. De behandeling levert niets op en de doodswens wordt opnieuw onderwerp van gesprek. Een andere psychiater bevestigt haar wilsbekwaamheid, de aanwezigheid van een duurzaam lijden en de afwezigheid van een behandelingsperspectief. De vrouw verlaat de instelling waar zij sedert een jaar verblijft en gaat bij haar zus en zwager wonen. Daar maakt ze met behulp van een door C. voorgeschreven middel een einde aan haar leven (ongepubliceerd, verkort strafvonnis Rechtbank 's-Hertogenbosch 31 juli 1997, parketnr: 01/006364/97).
Bij de terechtzitting in deze zaak wordt duidelijk dat rechters zich niet gemakkelijk voelen bij proefprocessen. De rechtbank meent dat de handelwijze van het Openbaar Ministerie in deze zaak raakt aan die waarop een niet-ontvankelijkheid van het Openbaar Ministerie zou dienen te volgen. Binnen het Openbaar Ministerie was er verschil van mening over de vervolging. Na adviezen op het niveau van het arrondissement en het ressort niet te vervolgen, is in december 1994 door het College van Procureurs-Generaal besloten gerechtelijk onderzoek in te laten stellen. De motivering hiervoor ontbrak in het dossier. Ook anderszins is er volgens de rechtbank traag gewerkt. Het onderzoek duurde anderhalf jaar en na afronding duurde het nog een jaar voordat aan de arts een dagvaarding werd uitgereikt. In het dossier ontbrak iedere informatie omtrent de ontwikkelingen tussen die twee momenten. De rechtbank valt erover dat het Openbaar Ministerie geen verantwoording aflegt voor dit handelen. Dat de rechtbank het Openbaar Ministerie toch ontvankelijk verklaart, motiveert zij met een verwijzing naar het idee van uitzonderlijk grote behoedzaamheid dat de Hoge Raad verwoordde in het Chabot-arrest. Gelet op dit "substantieel nieuwe element" is de rechtbank in deze zaak bereid de vervolgingsbeslissing te duiden als een verzoek tot rechterlijke toetsing in het licht van genoemd arrest.

de medische ethiek geldende normen gehandeld heeft.[210] Zij acht het beroep gegrond en ontslaat hem van rechtsvervolging.

In een rechtszaak bij de rechtbank Haarlem wordt duidelijk dat een arts niet te snel mag vinden dat er geen reëel behandelingsperspectief meer is.[211] De rechtbank stelt dat de patiënt in kwestie de – volgens de deskundigen – reële alternatieven om zijn lijden te verlichten heeft afgewezen. De arts heeft zich daar, in de optiek van de rechtbank, te gemakkelijk bij neergelegd. De rechtbank verwerpt het beroep op noodtoestand en vindt de arts schuldig en strafbaar. Op grond van verzachtende omstandigheden wordt hem geen straf of maatregel opgelegd.[212]

TER AFSLUITING

Na meer dan twintig jaar publiek debat en tien jaar politiek debat is er nu een regeling ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Niet een regeling die euthanasie legaliseert maar een regeling die een meldingsprocedure voor levensbeëindigend handelen een wettelijk kader geeft. De regeling mag een typisch voorbeeld van de Nederlandse pacificatie-democratie genoemd worden. Door de politieke aandacht vooral te richten op de oplossing van een praktisch probleem wordt ervoor gezorgd dat er geen heftig ideologisch debat gevoerd hoeft te worden. Tevens wordt ervoor gezorgd dat de legalisering van euthanasie uitgesteld wordt. De regeling van 1994 is weliswaar voor veel Nederlanders en de meeste buitenlanders moeilijk te begrijpen: iets dat volgens de wet verboden is, wordt wel aan zorgvuldigheidseisen en een toetsingsprocedure onderworpen. Maar zij hield bijna alle partijen aan boord en legde de basis voor de verdere rechtsontwikkeling.

Een kenmer van de periode 1989-1994 is dat er alom gewerkt wordt aan het formaliseren van criteria en procedures in protocollen en richtlijnen. Op vele zichtbare en minder zichtbare plaatsen vindt er overleg hierover plaats tussen artsen en de instellingen waar zij werken en officieren van justitie. Het belang van het bestaan van dergelijke schriftelijke beleidstukken wordt in de komende periode steeds groter.

Opvallend is verder dat nu euthanasie, mits toegepast met inachtneming van zorgvuldigheidseisen, in de praktijk juridisch is toegestaan, de aandacht gericht wordt op andere categorieën patiënten: patiënten waarvan duidelijk is dat ze niet wilsbekwaam zijn en patiënten waarbij daaraan getwijfeld wordt. De werkzaamheden van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG en van diverse comités binnen de verschillende specialistenverenigingen zijn er voorbeelden van. Het is evenwel niet zo dat het gaat om nieuwe fenomenen. Het betreft het opnieuw oppakken – maar nu door het debat over euthanasie een ervaring rijker – van oude problemen waar bijvoorbeeld de Staatscommissie Euthanasie en nog eerder Van den Berg aandacht voor had gevraagd.

---

[210] Er zijn 5 deskundigen geraadpleegd: de psychiaters Kortmann, Schudel, Tholen en de ethici De Beaufort en Kuitert. Kortmann heeft de vraag niet positief beantwoord maar een aantal vraagpunten opgeworpen die de overige deskundigen niet delen. Ook volgens Kortmann zelf leiden die vraagpunten niet tot het oordeel dat C. onzorgvuldig heeft gehandeld.

[211] Het betrof hier een patiënt die psychisch leed onder een halfzijdige verlamming. Dit lijden – dat misschien door velen als niet ondraaglijk zou zijn ervaren – nam in subjectieve zin een zodanige vorm aan dat zich bij deze patiënt een duidelijke, weloverwogen en duurzame doodswens ontwikkelde. De patiënt weigerde elke vorm van hulpverlening, met name psychiatrische hulp en behandeling met anti-depressiva (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994: 355-359).

[212] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994: 359.

Het lijkt erop dat de beroepsgroep nu meer het heft in eigen handen neemt bij controversiële kwesties dan voorheen. Bij het abortusdebat holde de beroepsgroep achter de ontwikkelingen aan; ten aanzien van levensbeëindiging op verzoek stapte men in terwijl de belangrijkste ontwikkelingen gaande waren; en bij levensbeëindigend handelen bij mensen die ernstig lijden maar niet in staat zijn een weloverwogen verzoek tot levensbeëindiging te doen, neemt de beroepsgroep het voortouw.

Aan de kant van de patiënten zijn ook nieuwe ontwikkelingen. Drion heeft het probleem op de agenda geplaatst van oude mensen die andere vormen van leven die zij niet passend binnen hun biografie, willen voorkomen. Met dat idee wordt aan zelfbeschikking een nieuwe inhoud gegeven. Weliswaar is nog steeds de achterliggende gedachte dat rekening moet worden gehouden met de sociale omgeving – Drion spreekt over oude mensen die alleen zijn - maar de dokter hoeft niet meer overtuigd te worden dat er sprake is van lijden.

Het is met name de problematiek van zwaar-defecte pasgeborenen en mensen met een psychisch lijden zonder herkenbare somatische basis die in deze periode druk besproken wordt. Wat betreft de laatste groep – de eerste valt buiten het bestek van dit boek – formuleert de CAL een standpunt en daarna ook de beroepsvereniging van psychiaters. Deze standpuntontwikkeling begeleidt de rechtsontwikkeling op dit terrein. Ten aanzien van hulp bij zelfdoding aan mensen die psychisch lijden spelen drie problemen. Het eerste is of aan deze mensen het vermogen om weloverwogen te beslissen dood te willen per definitie ontzegd moet worden, het tweede is of hulp bij zelfdoding gegeven mag worden aan mensen die niet in de terminale fase verkeren en het derde vraagstuk is of mensen waarvan het lijden geen somatische basis heeft in aanmerking komen voor hulp bij zelfdoding.

Opvallend is overigens dat er algemeen - en zonder dat er veel uitleg voor wordt gegeven - vanuit wordt gegaan dat mensen wier lijden geen herkenbare somatische oorsprong heeft, alleen in aanmerking komen voor hulp bij zelfdoding en niet voor euthanasie. Deze voorkeur is wat betreft somatisch lijdende mensen die fysiek in staat zijn zelf een middel te nemen, veel minder prominent aanwezig.

Minister van Justitie Hirsch Ballin (CDA) en met hem een aantal parlementariërs zijn van mening dat het ingetreden zijn van de terminale fase een noodzakelijke voorwaarde is. Hij zorgt er dan ook voor dat een aantal gevallen vervolgd worden opdat deze eis juridisch bevestigd wordt. Dit is uiteindelijk uitgemond in het arrest van de Hoge Raad in de zaak Chabot. In dat arrest heeft de Hoge Raad de drie bovengenoemde vragen ontkennend beantwoord.

Het Chabot-arrest heeft heel veel discussie opgeroepen. Maatschappelijk is dit arrest weliswaar erg omstreden maar juridisch is er niet veel nieuws onder de zon. Ook in de Schoonheim-zaak was er al geen sprake van een terminaal lijden. En zelfs in de zaken Postma – 1973 - en Wertheim – 1981 - was er sprake van vooral psychisch lijden.

In deze periode zien we een radicalisering optreden binnen de NVVE. Deze organisatie heeft zich tot dan toe zowel wat betreft de hulpverlening als wat betreft de politieke druk opgesteld als een loyale participant in het proces van rechtsverandering. Er zijn nauwelijks radicale geluiden uit die hoek te horen en de samenwerking met artsen en politici wordt hoog op prijs gesteld. Vanaf 1991 lijkt de toon te veranderen. Deels gebeurt dat door de sociale acceptatie en daaruit voortvloeiende legalisering van hulp bij zelfdoding tot de doelstelling van de vereniging te gaan rekenen maar nog verdergaand door het zich scharen achter het strijdpunt van Drion.

Aan de behoefte aan informatie over de euthanasiepraktijk, onder andere geuit door Van Heek in 1975 en door de Staatscommissie Euthanasie in 1985, is in deze periode vooral voldaan door het onderzoek van Van der Wal en kort daarna het onderzoek onder leiding van Van der Maas. Een schat van gegevens over het medisch handelen aan het einde van het leven is nu beschikbaar. Duidelijk is dat zorgvuldigheidseisen die artsen van het begin af aan lijken te stellen aan euthanasie, zoals een vrijwillig en weloverwogen verzoek, uitzichtloos en ondraaglijk lijden, overleg met familie en verpleegkundigen, beter nagevolgd worden dan later toegevoegde eisen die gericht zijn op controle zoals consultatie, verslaglegging en melding.

Het bestaan van levensbeëindiging zonder verzoek wordt door veel mensen als het meest schokkende gegeven van het onderzoek van Van der Maas gezien. De Commissie Remmelink probeert dat gegeven iets minder problematisch te maken maar met deze opvatting gaat bijna niemand mee. Minder prominent in de publieke discussie is het feit is dat het onderzoek ook duidelijk maakt dat de grenzen tussen levensbeëindiging op verzoek en pijnbestrijdiging met de bedoeling dat de patiënt overlijdt, flinterdun zijn.

Een ander verontrustend gegeven uit het onderzoek is dat euthanasie zo vaak niet gemeld wordt. Op dit punt zal het beleid de komende jaren sterk gericht worden. In eerste instantie probeert men nu meldingsfrequentie naar boven te krijgen door het wettelijk verankeren van de meldingsprocedure. Er wordt al meteen afgesproken dat de resultaten daarvan over drie jaar geëvalueerd worden.

Het besluit om de melding van levensbeëindiging op verzoek en levensbeëindiging zonder verzoek in één meldingsprocedure onder te brengen is een wat onverwachts – en voor velen ongewenst - effect van ontwikkelingen die tegelijk plaats vinden: de verdere ontwikkeling van een controle-instrument en het – opnieuw – ter discussie komen van levensbeëindiging patiënten.

9 De politieke afronding (1994-2002)

De jaren negentig zijn voor Nederland welvarende jaren. Zowel economisch als politiek lijkt er geen vuiltje aan de lucht. Men spreek niet meer over de 'stroperigheid' van het Nederlandse model maar prijst het overleg in de polder. Er komt dan ook weer volop ruimte om andere dan economische zaken aan de orde te stellen. Uiteenlopende onderwerpen als gentechnologie, het homohuwelijk en het referendum bepalen mede de politieke agenda.

In 1993 is - zoals in hoofdstuk 8 is beschreven - de meldingsprocedure veranderd en wettelijk verankerd. Vanaf 1 juni 1994 treedt deze nieuwe procedure in werking. In datzelfde jaar ondergaat Nederland een kleine politieke aardverschuiving. Voor het eerst sedert de Eerste Wereldoorlog komt er een kabinet waarin christelijke partijen geen plaats hebben. Vol verwachting kijkt men uit naar de plannen van dit kabinet inzake euthanasie. Deze plannen – het gaat vooral om een herhaling van het landelijke onderzoek - en de consequenties die het kabinet trekt uit het Chabot-arrest staan centraal in de eerste paragraaf. In de tweede paragraaf wordt weer een aantal rechtszaken beschreven. Op de eerste plaats de zaken tegen wat genoemd wordt de 'rondreizende euthanasieartsen'. Op de tweede plaats opnieuw een zaak tegen een verpleegkundige. En op de derde plaats drie rechtszaken en een tuchtzaak tegen huisartsen die ervan verdacht worden dat ze onzorgvuldig hebben gehandeld. In de derde paragraaf worden het tweede landelijke onderzoek en de reactie van de regering erop weergegeven. De regering trekt uit het onderzoek de conclusie dat het strafrecht meer op afstand moet worden gezet en stelt voor euthanasie te laten toetsen door apart daarvoor aangestelde commissies.

In het debat over euthanasie gaat het in de jaren negentig eigenlijk alleen over grensverkenningen en de verdere ontwikkeling van het controleregime. Wat betreft die grensverkenningen komt het levensbeëindigend en levensbekortend handelen bij demente patiënten in deze periode aan de orde en ten aanzien van het controleregime ontwikkelingen op het terrein van consultatie en toetsing vooraf. Beide zijn – naast een overzicht van de ontwikkelingen van palliatieve zorg – onderwerp van de vierde paragraaf.

Al jaren lang wordt gevraagd om onderzoek naar het patiëntenperspectief inzake euthanasie. In de onderhavige periode begint dit wat schoorvoetend op gang te komen. Dit onderzoek en onderzoek naar de publieke opinie wordt beschreven in de vijfde paragraaf. In de zesde paragraaf gaat het opnieuw om rechtszaken. Enerzijds gaat het om een arts die een valse verklaring van overlijden heeft afgegeven en zich verdedigt met een beroep op het beginsel van nemo tenetur *en anderzijds om artsen die een einde gemaakt hebben aan het leven van een van hun patiënten zonder dat die daarom gevraagd heeft.*

In de laatste paragraaf wordt de draad van de politieke ontwikkelingen weer opgenomen. De gang van het politieke proces wordt af en toe doorbroken met passages betreffende een spraakmakende rechtszaak en de jaarverslagen van de toetsingscommissies. Het politieke proces mondt uit in de afronding van de

legaliseren van euthanasie: de acceptatie van een nieuwe wet die op 1 april 2002 inwerkingtreedt.

9.1 POLITIEKE ONTWIKKELINGEN IN 1994

In mei 1994 worden verkiezingen voor de Tweede Kamer gehouden. PvdA en CDA lijden grote verliezen. Tezamen zijn zij niet meer in staat in de Tweede Kamer een meerderheid te vormen. De VVD gaat licht vooruit en D66 verdubbelt zich. Na lange onderhandelingen resulteert de verkiezingsuitslag in een kabinet dat uniek is in de naoorlogse periode: een kabinet zonder ook maar één christelijke partij.

Dit eerste zogenaamde 'paarse kabinet' – op Justitie en Volksgezondheid zit de D66-tandem Sorgdrager en Borst – noteert in de regeringsverklaring ten aanzien van euthanasie:

> Het verantwoord omgaan met vragen van leven en dood vergt voortdurend de aandacht. Het kabinet is niet voornemens voorstellen in te dienen ten einde euthanasie uit het wetboek van strafrecht te schrappen. De praktijk van de wet op de lijkbezorging zal zorgvuldig worden geëvalueerd, waarbij vooral de ervaringen met de meldingsregeling, de verhouding tussen de procedure bij levensbeëindiging op verzoek en bij levensbeëindiging niet op verzoek, en het vervolgingsbeleid worden bezien. Deze evaluatie zal binnen twee jaar worden afgerond.[1]

Ondertussen staat het vervolgingsbeleid ten aanzien van euthanasie nog steeds op de politieke agenda. Op 14 juli – nog voor de regeringswisseling - heeft de staatssecretaris van Justitie – Kosto - op vragen van D66-er Kohnstamm toegezegd de Tweede Kamer zo spoedig mogelijk in te lichten over de uitkomsten van het beraad van de procureurs-generaal en het standpunt van de minister van Justitie over het 'Chabot-arrest'.[2] Op 16 september stuurt de nieuwe minister van Justitie daarover een notitie aan de Tweede Kamer.

Minister Sorgdrager stelt in deze notitie dat het Chabot-arrest enkele substantiële nieuwe elementen toevoegt aan de jurisprudentie. Dit betreft vooral de oorzaak van het lijden en het al dan niet ingetreden zijn van de stervensfase:

> De oorzaak van het lijden is in beginsel niet relevant; evenmin is in beginsel relevant of er sprake is van een stervensfase... Het bovenstaande betekent dat het uitgangspunt voor het vervolgingsbeleid niet langer – mede – kan zijn dat er sprake moet zijn geweest van een stervensfase. Het standpunt van het vorige kabinet dat een arts voor levensbehoud moet kiezen in een niet-terminale fase van een ziekteproces, waarin niet op korte termijn verbetering te verachten is, kan in het licht van het arrest van de Hoge Raad niet gehandhaafd blijven.[3]

De minister gaat vervolgens in op de zorgvuldigheidseisen. Ten aanzien van de 'uitzichtloosheid' stelt zij dat het medisch oordeel hiervoor bepalend is. Naar medisch

---

1 *Handelingen Tweede Kamer 1993-1994, Bijlagen*, 23 715, nr. 11: 32.
2 *Handelingen Tweede Kamer 1993-1994, Aanhangsel*, nr. 651.
3 *Handelingen Tweede Kamer 1993-1994, Bijlagen,* 23 877, nr. 1: 4.

vakkundig oordeel moet vaststaan dat de situatie van de patiënt verergert en niet te verbeteren is. Aldus wordt de uitzichtloosheid geobjectiveerd. Of de situatie als 'ondraaglijk' aangemerkt kan worden is afhankelijk van de ervaringen van de patiënt in kwestie. Ondraaglijkheid kan dus slechts marginaal getoetst worden. Ook wat betreft het positieve antwoord op de vraag of mensen die psychisch lijden in staat kunnen zijn tot een autonome bepaling dood te willen, sluit de minister aan bij de Hoge Raad. De minister concludeert dat de meldingsprocedure kan blijven fungeren als kader waarbinnen beslissingen omtrent euthanasie en hulp bij zelfdoding worden getoetst. Er is volgens haar geen aanleiding om tot aanpassing van die procedure over te gaan.[4]

Ten aanzien van de vervolgingen die haar voorganger Hirsch Ballin in gang had gezet, stelt de minister dat de 12 gevallen waarin in 1993 en de 3 gevallen waarin in 1994 een vervolging is ingesteld, door de procureurs-generaal zijn heroverwogen. De uitkomst is dat 11 gevallen, getoetst aan de in de notitie gestelde criteria niet voor verdere vervolging in aanmerking komen. In de overige vier gevallen zal, alvorens een definitieve beslissing over vervolging wordt genomen, de uitkomst van het reeds ingesteld gerechtelijke vooronderzoek worden afgewacht. [5]

9.2 Rechtszaken

'Rondreizende euthanasieartsen'

Een nieuw vraagstuk in het vervolgingsbeleid betreft de kwestie of alleen de behandelend arts euthanasie of hulp bij zelfdoding mag toepassen. Deze kwestie is in 1994 bekend geworden onder de noemer van de 'rondreizende euthanasieartsen'.[6] Het betreft hier de zogenaamde 'vertrouwensartsen' van de NVVE.[7]

---

[4] *Handelingen Tweede Kamer 1993-1994, Bijlagen,* 23 877, nr. 1: 4-8.

[5] *Handelingen Tweede Kamer 1993-94*, *Bijlagen*, 23 877, nr. 1: 7. Bij de 11 gevallen handelt het om patiënten die niet in een terminale fase verkeerden maar wel een ernstige lichamelijke ziekte of aandoening hadden (*Handelingen Tweede Kamer 1994-1995*, *Bijlagen,* 23 877, nr. 2: 5). Een van de zaken is de zaak Smook. In april 1993 heeft de oncoloog Smook bij een van zijn patiëntes euthanasie toegepast. Op 7 juli 1994 vordert de officier van justitie een gerechtelijk vooronderzoek omdat de patiënte niet in de stervensfase verkeerde en omdat niet gebleken was dat er sprake was van een progressieve verslechterende toestand die - ook objectiveerbaar - ondraaglijk lijden met zich meebracht. De rechter-commissaris heeft bij beschikking van 26 juli 1994 deze vordering afgewezen op grond van het Chabot-arrest. Tegen deze conclusie ging de officier in beroep. Maar ook de rechtbank meent met een verwijzing naar het arrest van de Hoge Raad dat een beroep op noodtoestand niet verworpen zal worden op grond van hetgeen het Openbaar Ministerie inbrengt. Verder overweegt de rechtbank dat bij de arts de verwachting is gewekt dat hij volledig aan de voor euthanasie noodzakelijke eisen heeft voldaan en dat deze zaak de toets der goede procesorde niet kan doorstaan. De rechtbank meent dat er een te lange periode is verstreken tussen melding en datum van uitspraak. De rechtbank bekrachtigt de beschikking van de rechter-commissaris (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1995, nr. 33: 223-226). De officier van justitie tekent geen beroep aan omdat hij meent dat de termijn waarin de zaak in hoger beroep zou kunnen worden behandeld, de belangen van Smook ernstig zou schaden (*de Volkskrant* 9 februari 1996).

[6] De scheidend secretaris-generaal van het ministerie van Justitie G.J. van Dinter maakt het bestaan van die artsen in augustus publiekelijk bekend (*NRC-Handelsblad* 3 augustus 1994).

[7] Onder 'vertrouwensartsen' van de NVVE verstaat men artsen die bij gevallen van euthanasie betrokken raken door tussenkomst van de NVVE. Het zijn artsen die over het algemeen bemiddelen tussen een patiënt met een euthanasiewens en diens arts die vooralsnog deze hulp heeft afgewezen. (*Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Aanhangsel*, nr. 301).

MULDER-MEISS

Mevrouw Mulder-Meiss is een van de ‘vertrouwensartsen’ van de NVVE die vervolgd worden omdat ze hulp bij levensbeëindiging hebben gegeven aan iemand die geen patiënt van hun was. Voor de strafrechter moet zij zich voor één geval verantwoorden en voor de tuchtrechter voor drie. [8]

Wat betreft de strafzaak gaat het om de hulp bij zelfdoding bij een 73-jarige man met een niet te genezen ‘systeemziekte’. De man heeft al lang een wens tot sterven en besluit nadat gebleken is dat geen arts hem wil helpen, zichzelf het leven te benemen met behulp van pillen en een plastic zak. Hij vraagt aan mevrouw Mulder-Meiss of zij bij hem wil blijven en zij vindt dat ze dat moet doen. De man vermengt de door hem verzamelde pillen met vla en drinkt nadat hij die opgegeten heeft een paar glazen jenever. Als hij na 15 minuten suf wordt - voor de arts het teken dat de medicijnen gaan werken – zegt zij hem dat hij de zak over zijn hoofd moet plaatsen. Dat doet hij en enige tijd later stelt zij vast dat hij is overleden. Mevrouw Mulder-Meiss belt de dienstdoend arts en vervolgens wordt de politie gewaarschuwd.

Eind 1992 staat mevrouw Mulder-Meiss terecht voor de rechtbank Rotterdam. Zij voert aan dat voldaan is aan de algemeen aanvaarde criteria met betrekking tot het straffeloos geven van hulp bij zelfdoding. De rechtbank meent echter dat daarvoor vereist is dat de hulp verleend is door een arts in zijn hoedanigheid van arts, dan wel door een persoon, die daarbij nauw samenwerkt met een arts. In dat laatste geval moet de arts een zorgvuldige afweging maken van alle in geding zijnde plichten en belangen. Mevrouw Mulder heeft echter uitdrukkelijk verklaard dat zij de hulp niet verricht heeft in haar kwaliteit van arts. De plichten van een arts die een beroep op noodtoestand kunnen rechtvaardigen rustten dus niet op haar.

Daar komt nog bij dat de rechtbank twijfelt aan de zorgvuldigheid van de besluitvorming. De rechtbank vindt dat er een grondiger onderzoek ingesteld had moeten worden naar de aard van de ziekte, de vooruitzichten en naar andere behandelingsmethoden. Verder acht de rechtbank van belang dat het besluit tot meewerken reeds na betrekkelijk korte tijd is genomen. Dit wringt te meer omdat de man niet terminaal ziek was en de huisarts en twee specialisten bij wie de man in behandeling was, afwijzend stonden tegenover het verzoek om euthanasie. Het beroep op noodtoestand wordt dan ook verworpen. [9]

De rechtbank merkt op dat mevrouw Mulder-Meiss niet inziet dan wel niet wil inzien dat zij onjuist heeft gehandeld. Dat vindt de rechtbank zeer verontrustend, te meer daar mevrouw Mulder-Meiss bij een groot aantal gevallen van euthanasie betrokken is geweest en zij aangegeven heeft in het gebeurde geen aanleiding te zien een andere gedragslijn te gaan volgen. Kennelijk, zo overweegt de rechtbank, is het haar onvoldoende duidelijk dat bij het nemen van beslissingen over euthanasie en hulp bij zelfdoding de uiterste zorgvuldigheid moet worden betracht, en dat niet haar eigen oordeel doorslaggevend is. De rechtbank acht de door de officier van justitie gevorderde gevangenisstraf - tien maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar - dan ook volkomen op zijn plaats.[10]

---

8 Zij is een gepensioneerde arts die voorheen werkzaam was bij een kleuter- en zuigelingenbureau en in een abortuskliniek. Mevrouw Mulder-Meiss, die de zaak van de euthanasie een zeer warm hart toedraagt, heeft van haar handelen nooit een geheim gemaakt.

9 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 157-161.

10 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993: 160.

Mevrouw Mulder-Meiss gaat tegen dit vonnis in beroep bij het Gerechtshof 's Gravenhage.[11] Het hof meent dat de aanwezigheid bij het plegen van de zelfmoord is op te vatten als - niet strafbare – morele steun. Echter met de mededeling dat de patiënt "nu maar de plastic zak over zijn hoofd moest doen, of woorden van die strekking" gaf mevrouw Mulder-Meiss aan de patiënt een instructie, hetgeen wel strafbaar is te achten.[12]

Het hof verwerpt vervolgens, evenals de rechtbank, het beroep op noodtoestand. Opnieuw wordt erop gewezen dat de consultatie onvoldoende is geweest en dat dit des te meer wringt daar andere artsen afwijzend stonden tegenover het verzoek. Extra aanleiding tot consultatie ziet het hof in de omstandigheid dat bij de man naast zijn ziekte allerlei zaken als huwelijksproblemen en drankmisbruik leken mee te spelen en dat het hof zich niet aan de indruk kan ontrekken dat mevrouw Mulder-Meiss zich onder druk heeft laten zetten door het dreigement van de man dat hij zich op zou hangen. Het hof veroordeelt mevrouw Mulder-Meiss tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van een maand met een proeftijd van twee jaar.[13] Tegen dit vonnis tekent zij cassatie aan.

Een jaar later wordt namens mevrouw Mulder-Meiss voor de Hoge Raad onder andere[14] aangevoerd dat het hof een onjuiste betekenis heeft toegekend aan het begrip 'behulpzaam' in artikel 294. De verdediging noemt het onbegrijpelijk dat het hof onder 'behulpzaamheid' ook de informatieve mededeling verstaat, waarin gezegd wordt dat degene die zelfmoord wil plegen de plastic zak over zijn hoofd moet doen. Ook acht de verdediging de gronden waarop het hof het verweer van noodtoestand heeft verworpen, ontoereikend, met name omdat het hof niet is ingegaan op de psychische overmacht.

De Hoge Raad noemt de motivering van dit middel onjuist omdat voorbij gegaan wordt aan het eigensoortige karakter van het in artikel 294 strafbaar gestelde feit.[15] Ook het oordeel

---

[11] De raadsman van mevrouw Mulder-Meiss voert aan dat het Openbaar Ministerie niet ontvankelijk moet worden verklaard omdat de redelijke termijn bedoeld in artikel 6 EVRM verstreken is nu tussen het vonnis in eerste aanleg en de behandeling in hoger beroep ruim 14 maanden zijn versterken. Dit verweer wordt door het hof verworpen. Het hof vindt de verstreken termijn weliswaar lang, maar denkt dat toch niet gezegd kan worden dat de behandeling in hoger beroep niet heeft plaatsgevonden binnen een redelijke termijn.

[12] Volgens het hof volgt dit onder meer uit de woorden van mevrouw Mulder-Meiss ter zitting van 1 juni 1994, waar zij zegt dat zij het moment van het om het hoofd doen van de plastic zak niet aan de man zelf wilde overlaten, omdat zij wilde voorkomen dat hij daartoe zelf niet meer in staat zou zijn. Het hof meent dat in dit licht de mededeling van mevrouw Mulder-Meiss, in welke exacte bewoordingen dan ook, duidelijk gericht is op het bewaken van het cruciale moment. Daardoor kwam het initiatief bij mevrouw Mulder-Meiss te liggen.

[13] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994, nr. 65: 492-499.

[14] Er zijn zeven cassatiemiddelen aangevoerd. Zo is de vraag van de overschrijding van de redelijke termijn ook aan de Hoge Raad voorgelegd. Ook de Hoge Raad verwerpt dit verweer.
In een andere zaak in deze periode wordt de overschrijding van de redelijke termijn wel geaccepteerd. Het betreft een Hengelose longarts die in 1994 een einde maakte aan het leven van een 80-jarige patiënt. Het parket in Almelo stelt voor de zaak te seponeren. Het college van procureurs generaal meent echter dat de vervolging moet worden doorgezet. Eind 1997 komt de zaak voor de rechtbank. De advocaat meent dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk moet worden verklaard omdat de redelijke termijn tussen het toepassen van de levensbeëindiging en de rechtszaak is verstreken. De rechtbank volgt dit verweer. Zij concludeert dat de afzonderlijke opsporingshandelingen op zich niet te lang hebben geduurd maar dat er in totaliteit te veel tijd overheen is gegaan voordat de kwestie op de zitting kwam (*Tubantia* 5 december 1997).

[15] Namens mevrouw Mulder-Meiss was aangevoerd dat van 'behulpzaam zijn' zoals bedoeld in artikel 294 geen sprake kan zijn indien degene die zelfmoord pleegt niet tot andere handelingen wordt gebracht. Ook voorzover het middel bij de uitleg van het begrip 'behulpzaam zijn' anderszins aansluiting

van het hof inzake het beroep op psychische overmacht – dat van een dokter gevergd mag worden dat zij de door een patiënt uitgeoefende druk zal weerstaan - houdt de Hoge Raad in stand.[16]

Voor de tuchtrechter moet mevrouw Mulder-Meiss zich niet alleen verantwoorden voor de hierboven beschreven casus, maar ook voor twee andere zaken.[17] Het Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage legt mevrouw Mulder-Meiss de maatregel van berisping op[18] en hiertegen gaat zowel zij als de inspecteur van de volksgezondheid in beroep. Het centrale bezwaar van de inspecteur is dat mevrouw Mulder-Meiss niet optreedt als behandelend arts en desondanks tot levensbeëindiging overgaat.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege volgt niet het standpunt van de inspecteur, dat een niet-behandelend arts nooit tot levensbeëindiging mag overgaan. Het college is van mening dat mevrouw Mulder-Meiss een 'vertrouwensarts' is van de NVVE. 'Vertrouwensarts' staat, volgens het college, voor een arts die niet zelf behandelt. Mevrouw Mulder-Meiss heeft echter wel zelf actief bemoeienissen met de patiënten gehad. Het is de vraag, zo vervolgt het Centraal Medisch Tuchtcollege, of een dergelijke 'vertrouwensarts' de geschikte persoon is om actief mee te werken aan euthanasie. Ze heeft weliswaar ervaring met levensbeëindiging, maar een ontwikkeling, waarbij vragen omtrent het levenseinde worden beoordeeld door specialisten op het gebied van euthanasie, is niet aan te bevelen. Desondanks ziet het Centraal Medisch Tuchtcollege het als zijn taak te onderzoeken of de arts voldoende kennis heeft genomen van de patiënt om tot euthanasie te kunnen besluiten.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege is van mening dat ten aanzien van een van de gevallen - een demente man - niet gezegd kan worden dat mevrouw Mulder-Meiss zich ontoereikend heeft geïnformeerd over de ziektegeschiedenis van de patiënt, diens actuele situatie en het te verwachten verloop. Het verwijt ten aanzien van deze patiënt dient dan ook te worden afgewezen.

In de tweede casus - een vrouw met het herseninfarct – deelt het college niet de opvatting van de inspecteur dat de patiënt zich in de terminale fase moet bevinden. Het Centraal Medisch Tuchtcollege vindt wel dat mevrouw Mulder-Meiss te weinig overleg gepleegd heeft met de dokters van het tehuis waar de patiënte verbleef. Dit laatste leidt ertoe dat het college vindt dat mevrouw Mulder-Meiss onzorgvuldig heeft gehandeld en het vertrouwen in de medische stand heeft ondermijnd.

Ten aanzien van het derde geval – de casus waarvoor zij strafrechtelijk is vervolgd – is het Centraal Medisch Tuchtcollege van oordeel dat mevrouw Mulder-Meiss als arts aanwezig is

---

zoekt bij de wettelijke bepalingen omtrent deelneming aan strafbare feiten, wijst de Hoge Raad het middel af.

16 *Nederlandse Jurisprudentie* 1996, nr. 322.

17 De ene casus betreft een man met de ziekte van Alzheimer. Deze man heeft in 1980 een euthanasieverklaring ondertekend en zijn familie dringt erop aan zijn wens te vervullen. Er is overleg geweest met andere artsen en de apotheekhoudende huisarts is bereid de euthanatica te leveren. Mevrouw Mulder-Meiss heeft vervolgens de levensbeëindiging uitgevoerd. De tweede casus betreft een oude vrouw die een herseninfarct heeft gehad. De vrouw wil dood, maar haar neuroloog wil haar niet helpen. Mevrouw Mulder-Meiss heeft contact met de huisarts die toezegt te zullen zorgen voor het euthanaticum. Na een gesprek met de geneesheer-directeur van de instelling waar zij woont, twijfelt de vrouw aan de euthanasie, maar korte tijd later wil ze toch weer dood. De huisarts levert alsnog het euthanaticum en mevrouw Mulder-Meiss is – samen met een verpleegster – aanwezig als de vrouw het inneemt (*Medisch Contact* 1994: 1507-1511). Deze twee zaken zijn door het Openbaar Ministerie geseponeerd.

18 Niet gepubliceerd.

geweest. Voor het medisch tuchtcollege heeft mevrouw Mulder-Meiss erkend dat in de casus niet voldaan was aan de zorgvuldigheidseisen die aan een arts gesteld worden. Ook ten aanzien van deze casus oordeelt het college dat haar handelen onzorgvuldig was.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege is van mening dat de verwijten die mevrouw Mulder-Meiss te maken zijn, op zichzelf beschouwd van dien aard zijn dat een schorsing in de uitoefening van de geneeskunde op zijn plaats zou zijn. Anderzijds heeft het college begrip voor de moeilijke positie waarin zij zich bevond, en heeft het college waardering voor de oprechtheid waarmee zij de problematiek, ook in het kader van de onderhavige klacht, benadert. Het Centraal Medisch Tuchtcollege volstaat met de in eerste aanleg opgelegde maatregel van berisping.[19]

COHEN

Op 8 augustus 1992 maakt de NVVE 'vertrouwensarts' Cohen een einde aan het leven van een 72-jarige vrouw die lijdt aan een ernstige longkwaal en aan suikerziekte. De vrouw heeft haar huisarts herhaalde malen laten weten dat zij wil sterven. De huisarts schakelt daarop Cohen in, die met de patiënte diverse gesprekken voert. Wanneer de huisarts besluit zijn patiënte niet te helpen sterven[20] worden de contacten tussen de vrouw en Cohen geïntensiveerd. Hem wordt duidelijk dat de vrouw uitzichtloos lijdt en dat ze haar besluit weloverwogen heeft genomen. De vrouw vreest ontluistering en een dood door verstikking. Cohen besluit haar te helpen onder voorwaarde dat er een gesprek plaatsvindt met haar dochters. In aanwezigheid van een van de dochters maakt Cohen een einde aan haar leven. Cohen belt daarna de gemeentelijk lijkschouwer.[21]

In het voorjaar 1994 staat Cohen voor de rechtbank Rotterdam[22] waar hij een beroep doet op noodtoestand. De rechtbank overweegt dat vast is komen te staan dat mevrouw vrijwillig, weloverwogen en duurzaam te kennen heeft gegeven dat zij niet langer wilde leven en dat er bij haar sprake was van een duurzaam, uitzichtloos, door haar als ondraaglijk ervaren lijden. Ten aanzien van het feit dat Cohen niet de behandelend arts was, acht de rechtbank van belang dat er geen verschil van mening bestond tussen de

---

19 'Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 16 juni 1994', *Medisch Contact* 1994: 1507-1511. Kastelein en Dillmann zijn van mening dat de casus van de man met Altzheimer aparte aandacht verdient. Hoewel in de uitspraak geen uitgebreide aandacht wordt geschonken aan de ernst van het lijden van de patiënt, kan het positieve oordeel van het college over dit levensbeëindigend handelen een rol gaan spelen in de discussie over de reikwijdte van de wilsbeschikking en de ernst van het lijden bij ernstig demente patiënten, zoals deze in de derde discussienota van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de KNMG aan de orde is gesteld (Kastelein en Dillmann 1994: 1507).

20 Ook de longarts wil geen euthanasie toepassen. De artsen menen dat de ziekte van mevrouw nog niet in een terminaal stadium is en de huisarts vindt bovendien dat haar klachten moeilijk medisch te objectiveren zijn (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994: 490-491).

21 *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994: 489.

22 Namens Cohen wordt aangevoerd dat het Openbaar Ministerie in zijn vervolging niet ontvankelijk is aangezien daarmee het gelijkheids- en vertrouwensbeginsel worden geschonden. Het Openbaar Ministerie voert immers als beleid in euthanasiezaken dat wanneer voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen en wanneer gemeld is, geen vervolging plaatsvindt. Cohen is op de hoogte van dit beleid en is in eerdere gevallen, waarin hij conform de richtlijnen gehandeld heeft en gemeld heeft, niet vervolgd. Het ging daarbij om zeer vergelijkbare gevallen. De rechtbank verwerpt dit beroep omdat hetgeen aangevoerd is over andere gevallen niet zodanig vergelijkbaar is met de onderhavige zaak dat het Openbaar Ministerie in zijn vervolging niet ontvankelijk zou moeten worden verklaard. Verder oordeelt de rechtbank dat zelfs indien aangenomen wordt dat het Openbaar Ministerie een dergelijk beleid voert – de rechtbank laat dat in het midden – het niet evident is dat in strijd met dit beleid is gehandeld.

huisarts en Cohen over de aard en het verloop van de ziekte van mevrouw en dat Cohen door de huisarts zelf is ingeschakeld.

Wel vraagt de rechtbank zich af of er niet nog een arts geconsulteerd had moeten worden. In een casus als de onderhavige zou dat extra wenselijk kunnen zijn omdat als een arts wordt ingeschakeld in verband met een verzoek tot euthanasie, er een gevaar bestaat dat die arts meer belang zal hechten aan zijn plicht tot (stervens)hulpverlening en minder aandacht zal schenken aan zijn (andere) plicht tot bescherming van het leven. In dit geval echter, zo oordeelt de rechtbank, mocht dit consulteren achterwege worden gelaten. Daarvoor voert ze vier redenen aan: er was sprake van overeenstemming tussen de arts en de huisarts met betrekking tot de aard en het verloop van de ziekte; de huisarts kon er zich in vinden dat een ander zijn patiënte zou helpen te sterven; Cohen heeft zowel met de huisarts als met de patiënte zeer uitvoerige gesprekken en contacten gehad; en de huisarts heeft ook zelf het verzoek tot euthanasie geruime tijd in ernstige overweging genomen. Daar komt bij dat de medische en juridische deskundigen[23] in het onderhavige geval het oordeel van de arts ondersteunden en gerechtvaardigd vonden. De rechtbank is van oordeel dat Cohen het beroep op noodtoestand toekomt en ontslaat hem van rechtsvervolging.[24]

Postma

In 1991 meldt een vrouw met kanker zich bij de NVVE. Haar huisarts, die niet onwelwillend staat tegenover euthanasie, wenst die alleen toe te passen als de patiënte in de terminale fase verkeert. De vrouw in kwestie is ernstig ziek maar nog niet stervende. De NVVE schakelt dokter Postma in die probeert te bemiddelen tussen huisarts en patiënt.

Postma is sedert de rechtszaak tegen zijn vrouw in 1973 actief geweest op het terrein van de euthanasie. In 1987 heeft hij toen de NVVE in een crisis verkeerde tijdelijk het voorzitterschap van de vereniging op zich genomen en sedert zijn pensionering treedt hij op als een ‘vertrouwensarts’. In 1992 hield hij uit verontwaardiging over de politieke gang van zaken omtrent euthanasie, een protestmars van Noordwolde naar Den Haag. [25]

Wanneer de huisarts blijft weigeren over te gaan tot euthanasie, gaat de vrouw in hongerstaking. Zij geeft in die situatie een interview voor radio Drenthe, waarna het nieuws zich over het hele land verspreidt. Uiteindelijk besluit Postma om dan zelf over te gaan tot de uitvoering van de euthanasie. Postma neemt contact op met de Groningse hoogleraar huisartsengeneeskunde Meyboom-de Jong. Zij bezoekt de vrouw als consulent en komt tot de conclusie dat aan de vereisten voor euthanasie is voldaan. Postma dient het middel toe in bijzijn van de vier kinderen van de vrouw en een vertegenwoordigster van de NVVE. Na het overlijden van de vrouw belt hij haar huisarts. Aan de huisarts en de gemeentelijk lijkschouwer toont Postma de lege ampullen waarop geconcludeerd wordt dat mevrouw niet aan een natuurlijke doodsoorzaak is overleden.

Postma wordt ontboden bij de inspecteur voor de volksgezondheid. Deze denkt na het gesprek en het bestuderen van de gegevens, dat de euthanasie formeel juist is uitgevoerd alhoewel het medisch niet zorgvuldig was van Postma om zich in de situatie van behandelend arts te laten dringen. Het Openbaar Ministerie begint eveneens een onderzoek maar de officier van justitie in Assen ziet geen reden voor een verdere vervolging. Hij denkt

---

[23] Onder andere de internist Van der Meer en de gezondheidsjuristen Leenen en Legemaate zijn gevraagd als getuige-deskundigen.

[24] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994: 487-493. De officier rekwireerde tot bewezenverklaring van het tenlastegelegde en tot schuldigverklaring zonder oplegging van een straf of maatregel.

[25] Looijenga 2001: 91.

dat de artsen Postma en Meyboom-de Jong voldaan hebben aan de zorgvuldigheidseisen. Minister van Justitie Hirsch Ballin geeft echter opdracht Postma in staat van beschuldiging te stellen. De rechter-commisaris vraagt een aantal deskundigen om hun mening. Deze denken dat Postma en Meyboom-De Jong niets te verwijten valt. Oktober 1996 krijgt Postma te horen dat de zaak geseponeerd wordt.[26]

De rechtszaken tegen deze artsen hebben nogmaals duidelijk gemaakt dat het ingetreden zijn van de stervensfase geen vereiste is voor euthanasie. Bovendien is uit de vonnissen duidelijk geworden dat de arts die de euthanasie toepast niet per se de arts moet zijn die al lang een behandelingsrelatie met de patiënt heeft. De NVVE trekt desalniettemin uit de commotie die optreedt rondom de ‘vertrouwensartsen’ de conclusie dat gestopt moet worden met deze activiteiten.[27]
Ten slotte is er iets meer duidelijkheid gekomen over de grenzen van het begrip ‘hulp’. Het is duidelijk dat mevrouw Mulder-Meiss met een instructie te ver gegaan is.

De zaak Van der Weerd: euthanasie door verpleegkundige onder toezicht van arts

Een bijzondere rechtszaak speelt zich af in Groningen en Leeuwarden. Deze zaak betreft de verpleegkundige Van der Weerd, die in aanwezigheid van de huisarts, een vriend die AIDS heeft op zijn nadrukkelijk verzoek, de dodelijke injectie toedient.[28] Van der Weerd voert voor de rechtbank Groningen aan dat zij zich in haar hoedanigheid als verpleegkundige kan beroepen op een ‘verpleegkundige exceptie’ op basis van de theorie van ‘de verlengde arm’ daar zij handelde ter uitvoering van een impliciete opdracht van een arts. De rechtbank verwerpt dit verweer omdat Van der Weerd - weliswaar in samenspraak met de patiënt - uitdrukkelijk aan de arts heeft kenbaar gemaakt de euthanaserende handeling zelf te willen verrichten. Zij heeft uit eigen verantwoordelijkheid gehandeld en heeft ter terechtzitting verklaard voor die verantwoordelijkheid, na inwinning van informatie, bewust te hebben gekozen. De uitvoering van euthanasie is volgens de rechtbank een medische handeling die een arts niet kan delegeren aan anderen.[29]

De rechtbank acht Van der Weerd dus strafbaar. Bij het bepalen van de straf houdt de rechtbank rekening met de aard en de ernst van het bewezene en met de persoon van de verpleegkundige. Op grond daarvan is de rechtbank van oordeel dat zij met integere bedoelingen heeft gehandeld maar acht strafoplegging, mede vanwege het algemene preventieve effect dat daarvanuit gaat, noodzakelijk. De rechtbank veroordeelt haar tot een gevangenisstraf van twee maanden voorwaardelijk met een proeftijd van 1 jaar.[30]

Een half jaar later staat Van der Weerd voor het Gerechtshof Leeuwarden. Ook nu doet zij een beroep op de constructie van de verlengde arm maar het hof oordeelt dat er geen sprake was van een opdracht van de arts. “Immers hier gaat het in wezen om een daad van vriendschap, waarin Van der Weerd en de arts geen bezwaar hebben gezien in verband met

[26] *Leeuwarder Courant* 11 oktober 1996.
[27] *De Volkskrant* 13 augustus 1994.
[28] De arts meldt de euthanasie.
[29] De advocaat – Sutorius - voert aan dat zij heeft gedwaald maar ook dit verweer wordt door de rechtbank verworpen. Zij had behoren te weten dat euthanasie strafbaar is en dat alleen voor artsen toetsingsprocedures in het leven zijn geroepen.
De arts wordt niet vervolgd, volgens *de Volkskrant* omdat hij aan alle eisen van straffeloze euthanasie had voldaan (*de Volkskrant* 8 september 1995). Ook de inspectie voor de volksgezondheid ziet geen aanleiding om een zaak tegen hem te beginnen (*Nieuwsblad van het Noorden* 5 december 1995).
[30] *Nederlandse Jurisprudentie* 1995, nr. 477.

de omstandigheid dat zij een ervaren verpleegkundige is".[31] Maar zelfs als men het als een opdracht van de arts zou beschouwen is het hof van mening dat inzichten met betrekking tot de bevoegdheden van verpleegkundigen op grond van de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst niet rechtstreeks van toepassing zijn op uitvoeringshandelingen van euthanasie. Daarbij verwijzen zij naar de richtlijnen inzake euthanasie van KNMG en Nieuwe Unie '91 waaruit duidelijk blijkt dat de verpleegkundigen en verzorgenden niet met euthanaserende handelingen belast dienen te worden.

Ook het beroep op dwaling wordt verworpen in die zin dat het hof de dwaling niet verschoonbaar acht. Het hof is van mening dat Van der Weerd de twijfel over de geoorloofdheid van haar handelen te gemakkelijk heeft laten overwinnen door haar wens te voldoen aan het verzoek van haar vriend en collega. Het hof oordeelt dat zij schuldig is maar acht geen aanleiding voor strafoplegging aanwezig. Daarbij merkt het hof op dat het zich had kunnen voorstellen dat de arts - die in de eerste plaats bij het sterven van de man in kwestie minder emotioneel betrokken was dan Van der Weerd en die in de tweede plaats beroepshalve geacht mag worden zich terdege te hebben georiënteerd op het moeilijke terrein van de euthanasie - het nodige zou hebben gedaan om haar te weerhouden datgene te doen, waarvoor zij nu veroordeeld wordt.[32]

De zaken Zoon, Makdoembaks en Schat

Midden jaren negentig worden de huisartsen Zoon, Makdoembaks en Schat strafrechtelijk vervolgd wegens onzorgvuldig handelen bij levensbeëindiging. Middels deze zaken worden de grenzen waarbinnen euthanasie kan worden toegepast nogmaals aangegeven.

Zoon wordt verweten dat hij na een toepassing van euthanasie niet voldaan heeft aan de eis van consultatie en aan het vereiste van het niet afgeven van een verklaring van natuurlijk overlijden. Verder wordt hem het uitschrijven van recepten op valse naam verweten.[33] De rechtbank is van oordeel dat Zoon zijn verantwoordelijkheden als huisarts miskend heeft en zeer laakbaar heeft gehandeld. Hij wordt veroordeeld tot zes maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar en aftrek van voorarrest alsmede tot een geldboete van 5.000 gulden.[34]

---

31 *Nederlandse Jurisprudentie* 1996, nr. 61: 300.

32 *Nederlandse Jurisprudentie* 1996, nr. 61. Kort na deze zaak komt het levensbeëindigend handelen van Martha U. - een ziekenverzorgende - aan het licht. Haar wordt voor de rechtbank in Groningen verweten dat zij een aantal van de aan haar zorg toevertrouwde mensen van het leven heeft beroofd (volgens krantenberichten bekende de vrouw negen gevallen maar deze kunnen niet allemaal bewezen worden). De rechtbank acht vier keer moord bewezen en veroordeelt haar tot negen jaar gevangenisstraf en TBR (parketnr. 30031-95). Op 8 oktober 1996 acht ook het Gerechtshof Leeuwarden haar schuldig aan moord op vier personen. In het vonnis noemt het hof het optreden van de medische staf van het verpleeghuis toen er verdenking rees laks, maar vindt dat dit aan de eigen verantwoordelijkheid van Martha U. niet afdoet. Omdat het hof door de rapporten van de getuigen-deskundigen ervan overtuigd is geraakt dat Martha U. een gestoorde persoonlijkheid heeft, verandert het de straf in vier jaar en terbeschikkingstelling met dwangverpleging (parketnr. 24-000470-96).

33 De euthanasie betreft een vrouw die lijdt aan een ongeneeslijke ziekte. De stervensfase was volgens Zoon bereikt en de vrouw gaf weloverwogen en duurzaam te kennen niet langer te willen leven. Zoon richtte zich tot een anesthesist voor de middelen om euthanasie toe te passen. Hij beschouwt de consultering van deze arts als het inwinnen van de vereiste "*second opinion".*

34 *Tijdschrift voor Gezondheidsecht* 1996: 98-103.

Zoon moet zich ook voor het medisch tuchtcollege verantwoorden. Hij wordt voor het leven uit zijn beroep gezet daar gebleken is dat hij op vele manieren de regels van het beroep overtreden heeft. Zoon begint daarna een praktijk in Spanje.[35]

De huisarts Makdoembaks wordt vervolgd omdat hij in een casus van euthanasie in november 1994 in gebreke is gebleven wat betreft de verslaglegging en de consultatie. Makdoembaks heeft de euthanasie gemeld bij de lijkschouwer.[36] De raadsman brengt naar voren dat het vragenformulier dat ingevuld moet worden bij een geval van euthanasie, op grond van het beginsel van *nemo tenetur,* niet als bewijs in de strafzaak mag worden gebruikt.[37] De rechtbank oordeelt dat de verplichting van een arts om de gemeentelijk lijkschouwer te informeren in geval van euthanasie, niet in strijd is met het *nemo tenetur*-beginsel. “De arts kan immers bij een eventuele vervolging terzake van levensbeëindigend handelen zijn proces positie in alle vrijheid bepalen”. Het feit dat Makdoembaks vanaf het begin van de vervolging aangegeven heeft dat hij verantwoording wil afleggen voor zijn handelen verdraagt zich niet met het gevoerde verweer.[38]

Het niet consulteren van een onafhankelijk arts en de gebrekkige verslaglegging wordt door Makdoembaks gemotiveerd door erop te wijzen dat de patiënte niet wilde dat de euthanasie aan de openbaarheid kwam. De rechtbank is van oordeel dat de weigering van de ‘*second opinion’* door de patiënt nooit een argument kan zijn om de arts te ontslaan van deze verplichting. Door het achterwege laten van de consultatie en de gebrekkige verslaglegging acht de rechtbank Makdoembaks verwijtbaar tekortgeschoten. Hij heeft zichzelf in een situatie gebracht dat achteraf niet te toetsen valt of hij in de door hem gestelde noodtoestand verkeerde. Alhoewel de rechtbank omtrent het verzoek en het lijden geen twijfel heeft, wordt het beroep op overmacht verworpen vanwege de niet controleerbaarheid van de situatie. De rechtbank veroordeelt Makdoembaks tot een gevangenisstraf van 3 maanden voorwaardelijk met een proeftijd van 2 jaar. [39]

In hoger beroep doet Makdoembaks opnieuw een beroep op noodtoestand. Het hof overweegt dat de enkele omstandigheid dat de verslaglegging van de arts zelf ontbreekt of niet adequaat is, dan wel dat de arts consultatie heeft nagelaten, niet met zich meebrengt dat reeds daardoor een beroep op noodtoestand faalt. Voor een beroep op noodtoestand is het voldoende dat er genoegzaam duidelijkheid bestaat omtrent de wens van de patiënt en het ziekteproces. Alhoewel het ontbreken van consultatie en de gebrekkige verslaglegging het moeilijk maken om de casus te beoordelen blijkt deze duidelijkheid alsnog verkregen te

[35] *De Volkskrant* 30 december 1995. Zoon dient in 1995 een klacht in bij de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens tegen de meldingsprocedure. Daarover is verder niets bekend geworden.

[36] Het betreft een patiënte die al heel lang lijdt aan ongeneeslijke longproblemen. Zij geeft te kennen te willen sterven op het moment dat haar toestand dat naar haar mening noodzakelijk maakt. Zij heeft een schriftelijke wilsverklaring van die strekking.

[37] De advocaat van Makdoembaks is verder van mening dat de officier van justitie niet-ontvankelijk moet worden verklaard omdat hij het vertrouwen heeft gewekt dat niet vervolgd zal worden. De rechtbank verwerpt dit beroep.

[38] De officier van justitie in de zaak Kadijk – een van de zaken betreffende de levensbeëindiging bij een pasgeborene – heeft dit al eerder – november 1995 – naar voren gebracht. De rechtbank heeft deze eis tot niet-ontvankelijkheid verworpen op een technische grond: op het moment van de levensbeëindiging was de meldingsprocedure nog niet officieel in werking. In paragraaf 9.6 staat het oordeel van de Hoge Raad in een andere zaak over het verweer dat het beginsel van *nemo tenetur* wordt geschonden.

[39] Uitspraak rechtbank Amsterdam 1 april 1997. Niet gepubliceerd, parketnr. 13/080537-95.

kunnen worden op grond van getuigenverklaringen.[40] Het hof erkent dan ook het beroep op noodtoestand en ontslaat Makdoembaks van rechtsvervolging.[41]

Ook Makdoembaks moet zich verantwoorden bij het Medisch Tuchtcollege. Het tuchtcollege berispt Makdoembaks omdat hij niet of in niet voldoende mate heeft voldaan aan de regels betreffende consultatie en betreffende behoorlijke verslaglegging waaronder de informatie aan de gemeentelijk lijkschouwer.[42]

Ten slotte de zaak Schat. In de nacht van 17 op 18 april 1996 maakt de huisarts Schat een einde aan het leven van een van zijn patiënten met behulp van insuline. Het betreft een 72-jarige vrouw die ongeneeslijk ziek is en veel pijn lijdt. Schat dient haar 's avonds in het verzorgingstehuis waar zij woont, insuline toe en gaat daarna naar huis. Later op de avond keert hij terug naar de patiënte en dient haar nogmaals insuline toe. Schat meldt haar dood als natuurlijk. Na de dood van de vrouw ontstaat onrust in de instelling waar zij verblijft en de directeur geeft hem aan bij de politie. Op 19 april wordt Schat aangehouden. [43]

Omdat er twijfel bestaat of er wel een verzoek was om levensbeëindiging wordt Schat voor de rechtbank Leeuwarden primair moord en subsidiair levensbeëindiging op verzoek ten laste gelegd.[44] Verder staat hij terecht voor valsheid in geschrifte.

Ook Schat betoogt dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk verklaard dient te worden daar de meldingsprocedure levensbeëindigend handelen in strijd is met het beginsel van *nemo tenetur*. Dit verweer wordt verworpen. Het feit dat verdachte in algemene zin niet verplicht is aan zijn eigen veroordeling mee te werken, houdt niet in dat hij daardoor het 'recht' verwerft een in het Wetboek van Strafrecht opgenomen strafbaar feit te plegen teneinde de mogelijkheid te verkleinen dat een opsporingsinstantie een ander door hem gepleegd strafbaar feit, ontdekt.

Schat weet voldoende aannemelijk te maken dat er wel sprake was van een verzoek en hij wordt dan ook schuldig bevonden aan doden op verzoek en niet aan moord. Wat betreft de euthanasie doet Schat een beroep op noodtoestand. De rechtbank verwerpt dat verweer omdat Schat door eigen toedoen – door geen tweede arts te consulteren en door slechts summier verslag te leggen – zich in een situatie bevindt waarin niet getoetst kan worden of hij daadwerkelijk in noodtoestand verkeerde.

Schat doet verder een beroep op psychische overmacht. Alhoewel hij eerdere verzoeken van de vrouw tot levensbeëindiging niet heeft ingewilligd omdat hij het als arts daarvoor nog te vroeg achtte, was het laatste verzoek van de vrouw - op 17 april 1996 omstreeks 19.00 uur, zo indringend - dat hij daaraan geen weerstand kon bieden. Hij stond die middag ook anderszins onder druk, zo laat Schat weten. Zijn waarnemer had hem verteld dat hij de waarneming in zijn praktijk niet wilde voortzetten en zonder goede waarneming zou de

[40] De rechtbank had omtrent de vereiste van verzoek en lijden ook geen twijfel.

[41] Deze uitspraak is conform de eis. Advocaat-generaal Korvinus vindt dat Makdoembaks voldaan heeft aan de belangrijkste eisen waaronder euthanasie straffeloos kan worden toegepast (*Het Parool* 28 april 1998). Ook de uitspraak van het Gerechtshof Amsterdam is niet gepubliceerd. Rolnummer 23-003102-97.

[42] *Staatscourant* 1997, nr. 105.

[43] Schat is vervolgens in verzekering gesteld. De in verzekeringstelling wordt gemotiveerd met te wijzen op de ernst van de verdenking en op het onderzoeksbelang. Op 2 mei wordt de in verzekeringsstelling op gelaste van het hof opgeheven.

[44] Uitspraak 8 april 1997. Het vonnis is niet gepubliceerd.

zorgverzekeraar het contract met Schat niet verlengen.[45] Schat werd daardoor ernstig in zijn middelen van bestaan bedreigd.

De rechtbank verwerpt ook dit verweer. De rechtbank is van oordeel dat Schat had moeten beseffen dat hij, als gevolg van voor hem ingrijpende ervaringen, niet in een toestand verkeerde om, met de vrouw, de zo vergaande beslissing te nemen dat hij nog diezelfde avond haar leven zou beëindigen. Het feit dat hij ook een tweede keer naar de vrouw is gegaan wordt hem daarbij aangerekend. In de tussenliggende uren had Schat, volgens de rechtbank, weerstand kunnen en moeten bieden aan het verzoek.

De rechtbank wijst erop dat Schat zichzelf in een bijzonder moeilijke situatie gebracht heeft door de vrouw volledige geheimhouding te beloven. Deze zelfopgelegde zwijgplicht heeft hem er bovendien toegebracht het sterven van de vrouw in alle eenzaamheid te laten plaatsvinden teneinde de schijn van een natuurlijke dood hoog te houden. Enerzijds is naar het oordeel van de rechtbank het handelen van Schat bepaald verwerpelijk en niet zoals van een professionele huisarts verwacht mag worden. Anderzijds is de rechtbank wel tot de overtuiging gekomen, dat Schat meende het belang van zijn ongeneeslijk zieke patiënte het best te dienen door te handelen, zoals hij heeft gedaan. Schat wordt veroordeeld tot zes maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar.[46]

De rechtszaken tegen deze drie huisartsen maken nogmaals duidelijk dat euthanasie alleen maar toelaatbaar is wanneer er sprake is van een verzoek van de patiënt. Bovendien maken de zaken duidelijk dat justitie van mening is dat het voldoen aan de procedurele vereisten weliswaar niet altijd doorslaggevend is voor de toekenning van het beroep op overmacht maar dat ze wel serieus genomen moeten worden. Schendingen van de zorgvuldigheidseisen die niet tot veroordeling in een strafzaak leiden, kunnen wel aanleiding tot tuchtmaatregelen zijn. De hieronder beschreven zaak voor het medisch tuchtrecht maakt duidelijk dat artsen het euthanaticum zorgvuldig moeten beheren.

Een tuchtzaak betreffende het achterlaten van een euthanaticum

Ten slotte speelt zich in 1994 nog een zaak af voor het Medisch Tuchtcollege in Amsterdam. Daar moet een arts zich verantwoorden voor onzorgvuldig en verwijtbaar handelen. De huisarts in kwestie heeft bij een patiënte met longkanker ingestemd met de door haar gewenste euthanasie.

In november bezoekt de huisarts in verband met de afgesproken euthanasie de vrouw, en het blijkt dat zij zich veel beter voelt dan de week daarvoor. Zij verklaart haar leven (nog) niet te willen beëindigen en dus wordt de euthanasie uitgesteld. Het euthanaticum blijft achter in de woning van de vrouw. Nu wil het geval dat de partner van de vrouw manisch depressief is en al jaren onder psychiatrische behandeling staat. Ondanks een mislukte zelfmoordpoging van de man heeft zowel de huisarts als de behandelend psychiater het gevoel dat hij in de verzorging van zijn vrouw een levensdoel heeft gevonden en geen zelfmoordpoging zal ondernemen zolang zij nog in leven is. Desalniettemin doodt de man zich anderhalve week later met behulp van het achtergelaten euthanaticum.

---

[45] Uit kranten wordt duidelijk dat Schat een zeer problematische verhouding had met zijn collegae (*Het Parool* 22 maart 1997).

[46] De officier had 1 jaar onvoorwaardelijk geëist. Schat en zijn advocaten tonen zich tevreden over het vonnis (*de Volkskrant* 9 april 1997). Het Openbaar Ministerie legt zich neer bij het vonnis omdat de rechtbank het handelen van Schat in scherpe bewoordingen heeft afgekeurd (*de Volkskrant* 23 april 1997).

Het tuchtcollege overweegt dat een arts die een verzoek om euthanasie inwilligt, er zorg voor dient te dragen dat de levensbeëindiging geschiedt met de grootst mogelijke zorgvuldigheid en kunde. Uit deze zorgvuldigheid vloeit voort dat de arts zelf de levensbeëindigende handeling bij de patiënt verricht, althans de patiënt in zijn aanwezigheid het euthanaticum laat innemen. Ten tweede vloeit daaruit voort dat de arts bij de patiënt blijft totdat hij de dood heeft geconstateerd, dan wel dat hij bereikbaar en op zeer korte termijn beschikbaar blijft teneinde indien nodig te kunnen ingrijpen. Alleen dan immers heeft de arts de mogelijkheid om na te gaan of de wil van de patiënt tot levensbeëindiging nog steeds aanwezig is, corrigerend op te treden indien het euthanaticum op enigerlei niet mocht werken zoals verwacht, en zonodig voor opvang en begeleiding van aanwezige familieleden te zorgen. Hieruit volgt tevens dat de arts het euthanaticum in eigen beheer houdt tot het moment van toediening aan of inname door de patiënt en ervoor waakt het euthanaticum niet onder het beheer van de patiënt of derden te laten. Alleen op die wijze kan worden voorkomen dat het euthanaticum ontijdig of ongewild door iemand voor wie het niet bestemd is - zoals in dit geval - wordt gebruikt.

Het tuchtcollege oordeelt dat de huisarts onzorgvuldig heeft gehandeld. Zijn handelwijze klemt des te meer daar hij het euthanaticum heeft afgegeven voordat collegiaal overleg had plaatsgevonden. Alhoewel zich in beginsel altijd het gevaar van misbruik of een ongeluk kan voordoen indien een euthanaticum aan de patiënt ter beschikking wordt gesteld, beschouwt het college tevens als verzwarende omstandigheid dat de huisarts het middel heeft achtergelaten bij een man die, zoals de huisarts wist, manisch depressief was en reeds eerder een zelfmoordpoging had ondernomen. De klacht is gegrond: de huisarts heeft door zijn handelwijze het vertrouwen in de medische stand ondermijnd. De arts wordt de maatregel van een waarschuwing opgelegd.[47]

9.3 Het tweede landelijke onderzoek

Aan het eind van het 1994 spreken de vaste kamercommissies van Justitie, Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de bepaling ten aanzien van euthanasie in het regeerakkoord en de notitie van minister Sorgdrager betreffende het vervolgingsbeleid. Uit de vragen en antwoorden wordt opnieuw duidelijk dat mensen die zeer ernstig psychisch lijden in principe in aanmerking kunnen komen voor hulp bij zelfdoding. Verder wordt nogmaals bevestigd dat de terminale fase geen vereiste is voor zorgvuldige euthanasie. Het is duidelijk dat alhoewel het gewenst is dat de behandelend arts de euthanasie toepast, afwijking hiervan op zich niet betekent dat de arts veroordeeld zal worden. Ten slotte kondigt minister Sorgdrager aan dat zij zal bevorderen dat er rechterlijke uitspraken komen ten aanzien van kwesties die nog omstreden zijn zoals levensbeëindiging bij pasgeborenen.[48]

---

[47] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1994: 433-435.

[48] De ministers wijzen erop dat jurisprudentie ontbreekt over de aanvaardbaarheid van een beroep op overmacht in de zin van noodtoestand bij actieve levensbeëindiging door een arts bij patiënten die hun wil niet kenbaar kunnen maken. Zij achten het gewenst dat de rechter zich uitspreekt over een dergelijk ingrijpen. In voorkomende gevallen zal dan ook het instellen van strafvervolging geboden zijn (*Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Bijlagen,* 23 877, nr. 2: 6). In maart kondigen de ministers in *Medisch Contact* aan dat strafvervolging is ingesteld in twee gevallen van actieve levensbeëindiging van zwaar gehandicapte pasgeborenen. De ministers vermelden daarbij dat zij niet zozeer denken dat de betreffende artsen laakbaar hebben gehandeld maar dat zij strafvervolging geboden vinden met het oog op de rechtsontwikkeling op dit punt (Sorgdrager en Borst-Eilers 1995: 383).
De twee artsen zijn de gynaecoloog Prins en de huisarts Kadijk. Uiteindelijk zullen beide rechtsgangen eindigen in een ontslag van rechtsvervolging door een gerechtshof (Prins: *Nederlandse Jurisprudentie*

De ontwikkelingen van het afgelopen jaar en de antwoorden van de ministers hebben de leden van de kleine christelijke partijen dusdanig verontrust dat zij in februari 1995 twee moties indienen.[49] Van der Burg stelt dat de arts moet kiezen voor levensbehoud als er geen sprake is van een terminale fase en wijst de herziening van het vervolgingsbeleid zoals dat door de regering geformuleerd is af. In de andere motie wordt de regering uitgenodigd voorstellen te doen teneinde in het belang van de bescherming van het leven van ernstig somatisch dan wel psychische zieken en gehandicapten, de materiële betekenis van de wettelijke strafbedreiging beter in de wet tot uitdrukking te brengen. De Tweede Kamer verwerpt beide moties.

Halverwege 1995 formuleren de ministers de conceptopdracht voor het beoogde vervolgonderzoek naar de praktijk van euthanasie ter evaluatie van de meldingsprocedure.[50] In de discussie over de conceptopdracht dringen parlementariërs aan op het toevoegen van een onderzoeker met een juridische achtergrond en op onderzoek naar de ervaringen van patiënten, hulpvragers en nabestaanden. Deze vragen worden met een beroep op het belang van zo precies mogelijke herhaling van het vorige onderzoek en vanwege privacy-argumenten afgewezen.[51]

Terwijl Van der Wal en Van der Maas bezig zijn met het onderzoek zijn er incidenteel nog debatten over euthanasie in het parlement. In januari 1996 wordt minister Sorgdrager aan de tand gevoeld over uitlatingen in de media dat de achterliggende gedachte van de meldingsprocedure - het strafrechtelijk kader wat verder naar de achtergrond verschuiven - wellicht nog versterkt kan worden.[52] Sorgdrager maakt bij die gelegenheid melding van een nieuw initiatief van de KNMG. De KNMG wil in de tweede helft van 1996 starten met een project dat inhoudt dat artsen die geconfronteerd worden met een verzoek om levensbeëindiging zich kunnen wenden tot een daartoe in te stellen steunpunt voor overleg en advies. Dit steunpunt kan verder ertoe dienen om de betrokken arts informatie te verschaffen aangaande een te consulteren arts. Hoofddoel van het project is het verbeteren van de kwaliteit van het medisch handelen. Het idee zal in eerste instantie in Amsterdam uitgeprobeerd worden. Het project zal bekend worden onder het acroniem SCEA – Steun en Consultatie bij Euthanasie in Amsterdam.[53] Een ander nieuw idee is het instellen van

---

1995, nr. 602; *Nederlandse Jurisprudentie* 1996, nr. 113; Kadijk: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996: 36-43; *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996: 284-291). De verschillende rechters – zo blijkt uit de vonnissen – baseren zich in grote mate op de inzichten van de beroepsgroep zoals verwoord in *Doen of laten* en het CAL-rapport over zwaar-defecte pasgeborenen.

Bij beide zaken wordt duidelijk dat er spanningen zijn tussen het Openbaar Ministerie en het ministerie van Justitie. Eerst Hirsch Ballin en nu Sorgdrager proberen via rechtspraak juridische duidelijkheid te krijgen omtrent de grenzen van levensbeëindigend handelen door artsen. Functionarissen van het Openbaar Ministerie - zoals de Amsterdamse advocaat-generaal Korvinus in de zaak Prins - laten duidelijk blijken dat ze vinden dat de minister grenzen overtreedt bij het gebruik van het middel van strafvervolging. Uit een interview gepubliceerd in het *NRC-Handelsblad* op 18 december 1995 blijkt ook dat de officier van justitie in de zaak Kadijk – Drenth - er grote moeite mee heeft dat het Openbaar Ministerie tot een verlengstuk van de politiek wordt gemaakt.

[49] *Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Bijlagen,* 22 877, nr. 3, respectievelijk *Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Bijlagen* 23 877, nr. 4.

[50] *Handelingen Tweede Kamer 1994-1995, Bijlagen*, 23 877, nr. 5h. De Amsterdamse hoogleraar sociale geneeskunde Van der Wal zal deze keer samen met Van der Maas, projectleider zijn. Zij verwachten omstreeks september 1996 met de resultaten te kunnen komen.

[51] *Handelingen Tweede Kamer 1995-1996, Bijlagen*, 23 877, nr. 6.

[52] *Handelingen Tweede Kamer 1995-1996, Bijlagen,* 23 877, nr. 10.

[53] *Handelingen Tweede Kamer 1995-1996, Bijlagen,* 23 877, nr. 10: 3. Naast het SCEA-project heeft de KNMG in 1993 ook een onderzoek gestart naar wegen om de strafrechtelijke toetsing van euthanasie

toetsingscommissies die levensbeëindigend handelen zouden moeten beoordelen alvorens die zaken ter toetsing aan de officier van justitie voor te leggen. Gedacht wordt daarbij aan toetsingscommissies bestaande uit artsen, juristen en ethici. Deze commissies zouden dan als vraagbaak voor het Openbaar Ministerie kunnen dienen.[54]

De NVVE begint zich inmiddels zorgen te maken of nieuwe euthanasiewetgeving nog haalbaar is tijdens de 'paarse' regering. In 1996 publiceert zij enerzijds om druk op de ketel te krijgen en anderzijds als voorwerk een 'Voorontwerp euthanasiewet'. In dit voorstel worden niet alleen euthanasie en hulp bij zelfdoding gelegaliseerd maar ook de 'pil van Drion'.[55]

DE ONDERZOEKSGEGEVENS

In het najaar van 1996 komt het rapport *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde* uit. In het onderzoek zijn een vijftal medische beslissingen rond het levenseinde onderzocht: euthanasie, hulp bij zelfdoding, levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, pijn- en symptoombestrijding met mogelijk levensbekortend effect en het niet instellen of staken van een mogelijk levensverlengende behandeling.[56]

---

aan te vullen. Om een dergelijke aanvulling succesvol te laten zijn is het nodig om inzicht te hebben in de motieven die artsen hebben om niet te melden en te onderzoeken onder welke voorwaarden zij wel zouden melden en zouden er ideeën ontwikkeld moeten worden voor alternatieve toetsing. Verslag van dit onderzoek, dat nauw aansluit bij Van der Wals bevinding bij het huisartsenonderzoek dat justitiële toetsing niet voldoet – beschreven in paragraaf 8.4 **-** wordt gedaan in Bosma en Van der Wal 1997.

54 *Handelingen Tweede Kamer 1995-1996, Bijlagen,* 23 877, nr. 10: 2. Bosma en Van der Wal werken dit al eerde geopperde idee nader uit. In 1997 presenteren zij drie mogelijke modellen voor de toetsing van euthanasie. In het eerste model blijven euthanasie en hulp bij zelfdoding strafbaar en houdt men vast – met enige stroomlijning waardoor de arts sneller een bericht van afloop krijgt en het vervolgingsbeleid minder beïnvloed wordt door opvattingen van politiek en beleidsbepalend niveau - aan de bestaande meldings- en toetsingsprocedure. In het tweede model wordt de strafbaarheid van euthanasie opgeheven en wordt de toetsing overgelaten aan de beroepsgroep dan wel aan een multidisciplinaire commissie. De onderzoekers verwachten op deze wijze een bevordering en betere waarborging van de kwaliteit van het levensbeëindigend handelen maar twijfelen aan de haalbaarheid van dit idee op korte termijn. In het derde model vindt toetsing of gehandeld is volgens de zorgvuldigheidseisen plaats door een regionale toetsingscommisie, die bepaalt of een geval voldoet aan de zorgvuldigheidseisen en of eventuele strafrechtelijke of tuchtrechtelijke toetsing nodig is. Als voordelen van dit laatste model melden de auteurs dat het bruikbaar is zowel zónder als mét wetswijziging; dat naast maatschappelijke toetsing ook kwaliteitstoetsing plaatsvindt; dat de procedure tevens een ondersteunend, educatief en kwaliteitsbevorderend karakter heeft; dat de meldingsbereidheid en het meldingspercentage zullen toenemen en dat het vervolgingsbeleid niet of nauwelijks meer beïnvloed kan worden door opvattingen op politiek en beleidsbepalend niveau. Als nadelen zien zij dat bij handhaving van de strafbaarstelling het 'wringt' om euthanasie zo ver bij de officier van justitie vandaan te halen maar het tegelijkertijd strafbaar te stellen; dat de wet niet snel te veranderen is en dat het gevaar van bureaucratisering van de procedure dreigt door een extra schakel en door de werkwijze en samenstelling van dergelijke commissies (Bosma en Van der Wal 1997: 25-34).
Een andere actor in het beleidsnetwerk van volksgezondheid – de hoogleraar sociologie Schuyt, lid van de begeleidingscommissies van de twee landelijke onderzoeken – voorziet op het KNMG-congres het idee van een achtergrond op het gebied van de juiste verhouding tussn beroepsethiek en maatschappij. In zijn optiek kan een gemengd samengesteld toetsende instantie voor euthanasie worden beredeneerd en afgeleid uit de ontwikkelingen in de verhouding tussen de maatschappij als geheel en professionele groeperingen, in casu de medici, in het bijzonder (Schuyt 1997: 252).

55 NVVE 1996.

56 De onderstaande gegevens komen voornamelijk uit de samenvatting van de auteurs (Van der Wal en Van der Maas 1996: 219-241).

In tabel ziet de vergelijking tussen de incidenties van 1990 en 1995 er als volgt uit (met waar relevant het percentage van alle sterfte)

	1990		1995	
verzoek om euthanasie te zijner tijd	25.100		34.500	
uitdrukkelijk verzoek om euthanasie	8.900		9.700	
euthanasie	2.300	(1,8%)	3.200	(2,4%)
hulp bij zelfdoding	400	(0,3%)	400	(0,3%)
levensbeëindiging zonder verzoek	1.000	(0,8%)	900	(0,7%)
pijn- en symptoombestrijding	22.500	(17,5%)	25.100	(18,5%)
abstineren	22.500	(17,5)	27.100	(20%)
totaal aantal MBL's	48.700	(38%)	56.700	(42%)
totaal aantal sterfgevallen	129.000		135.500	

Er is – naar aanleiding van de recente ontwikkelingen - ook onderzoek gedaan naar levensbeëindigend handelen bij psychiatrische patiënten.[57] Hulp bij zelfdoding wordt door psychiaters uiterst zelden verleend, in ongeveer 2 tot 5 gevallen per jaar. In zeker de helft hiervan gaat het om patiënten die zowel een psychische als een levensbedreigende lichamelijke ziekte hebben. Van de psychiaters vindt tweederde dat hulp bij zelfdoding vanwege een psychiatrische aandoening aanvaardbaar kan zijn: 44% kan zich een situatie voorstellen waarin zij zelf bereid zouden zijn daadwerkelijk die hulp te verlenen, 19% acht dat ondenkbaar. Het aantal uitdrukkelijke en herhaalde verzoeken om hulp bij zelfdoding dat jaarlijks aan psychiaters wordt gericht, bedraagt ongeveer 320. De belangrijkste reden dat psychiaters de hulp niet geven is dat het om een behandelbare aandoening gaat of dat de psychiater het lijden toch niet ondraaglijk of uitzichtloos acht, dan wel aan de weloverwogenheid van het verzoek twijfelt.

Melding

De beloofde evaluatie van het meldingsgedrag was een belangrijke reden om dit onderzoek te laten doen. Wat dat betreft is er aanzienlijke groei.

[57] Aan het onderzoek naar levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen waarvan eveneens verslag wordt gedaan, wordt in dit boek geen aandacht besteed.

De grootste groei heeft – tenminste als de cijfers die in het jaarverslag van het Openbaar Ministerie tot dan toe gegeven zijn worden corrigeerd[58] - met name plaats tussen 1990 en 1993:

1984	16	1990	486
1985	26	1991	866
1986	81	1992	1201
1987	122	1993	1304
1988	181	1994	1487
1989	336	1995	1466[59]

Het percentage van het totale aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding dat is gemeld, is toegenomen van 18% in 1990 tot 41% in 1995.[60]

Er zijn nu minder artsen dan in 1990 die niet melden, maar de redenen om een geval niet te melden blijken dezelfde als in 1990 en worden ook vrijwel even vaak genoemd.[61] Artsen blijken niet te kunnen worden verdeeld in 'wel-melders' en 'niet-melders'. Meer dan de helft van de artsen die een of meer gevallen hebben gemeld, heeft ook een of meerdere keren een geval niet gemeld. Er zijn aanwijzingen dat oudere artsen, en artsen die vaker euthanasie uitvoeren of hulp bij zelfdoding verlenen, zo nu en dan niet melden. Volgens de onderzoekers zijn er nauwelijks verschillen tussen gemelde en niet-gemelde gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding wat betreft de patiëntenkenmerken en de inhoudelijke zorgvuldigheidseisen. Bij gemelde gevallen is wel vaker voldaan aan de procedurele zorgvuldigheidseisen, zoals consultatie en schriftelijke verslaglegging.[62]

<u>Consultatie</u>

Behalve naar melding is ook gevraagd naar consultatie. In vier van de vijf gevallen (79%) van euthanasie en hulp bij zelfdoding heeft de arts ten minste één collega geconsulteerd. In 13% is er uitsluitend overleg met een andere arts geweest en in 8% was er noch consultatie, noch overleg.[63] Wanneer de euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt gemeld, is er ook vrijwel altijd geconsulteerd; bij niet-gemelde gevallen is dat veel minder vaak het

---

[58] In het jaarverslag van het Openbaar Ministerie worden de door de procureurs-generaal besproken aantallen vermeld als 'meldingen'. Soms – met name in 1991 waar de procureurs-generaal 590 gevallen bespraken – is het aantal daadwerkelijk dat jaar gedane meldingen (866) aanzienlijk hoger. In de tabel zijn de cijfers van 1984 tot en met 1989 gehaald uit het jaarverslag van het Openbaar Ministerie van 1994. De cijfers vanaf 1990 zijn de meldingscijfers zoals Van der Wal en Van der Maas die geven (Van der Wal en Van der Maas 1996: 111).

[59] Klijn verklaart de afvlakkende groei vanaf 1993 met de stelling dat veranderingen in de meldingsprocedure en vervolgingen – daarbij wijst hij op het vervolgingsbeleid van Hirsch Ballin en Sorgdrager - leiden tot onzekerheid bij artsen en daardoor tot minder meldingen (Klijn 2000: 667 en Klijn 2002:135).

[60] Het aantal gemelde gevallen van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek was in 1995, evenals in 1990, vrijwel nihil.

[61] Ruim de helft van de artsen wenst zichzelf of het eigen gezin de rompslomp van een justitieel onderzoek te besparen; ongeveer een derde wenst dat de nabestaanden te besparen, is bang voor vervolging of veroordeling of voert aan niet aan de zorgvuldigheidseisen te hebben voldaan; 1 op de 8 artsen noemt als reden dat levensbeëindigend handelen een zaak is tussen arts en patiënt en zegt euthanasie of hulp bij zelfdoding nooit te zullen melden. In ruim 2 op de 5 gevallen van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek is de reden om niet te melden "het was een natuurlijke dood". Van de artsen die het laatste geval van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek niet hebben gemeld, zou bijna de helft een dergelijk geval nooit melden; 10 tot 25% van deze artsen zou wel bereid zijn een dergelijk geval te melden onder omstandigheden die meer zekerheid geven.

[62] Van der Wal en Van der Maas 1996: 113-122.

[63] In gevallen van levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek wordt vrijwel niet geconsulteerd.

geval (99% versus 18%). De consulent is in de meeste gevallen een bekende uit de huisartsen of eigen instelling of maatschap. In bijna 9 van de 10 gevallen heeft de consulent de patiënt gesproken en/of lichamelijk onderzocht. Een kwart van de consulenten heeft ooit wel eens levensbeëindigend handelen afgeraden. Huisartsen (alleen voor hen kon dat worden nagegaan) consulteren in 1995 nauwelijks vaker dan in 1990. De consultatie voldoet echter wel meer aan de vereisten zoals onafhankelijkheid (dat wil zeggen niet een praktijkgenoot, familielid, maatschapslid of arts-assistent) en het gezien hebben van de patiënt.

Overige zorgvuldigheidseisen

De onderzoekers concluderen dat vrijwel alle artsen bekend zijn met het bestaan van zorgvuldigheidseisen en er verschillende kunnen opnoemen. Voor degenen die in een concrete situaties precies geïnformeerd willen zijn is deze informatie goed toegankelijk. Desgevraagd geven de artsen ook bij vrijwel alle “officiële zorgvuldigheidseisen” aan deze (zeer) belangrijk te vinden. Opvallend noemen de onderzoekers dat in 1995 een groter deel van de artsen zegt ook consultatie en schriftelijke verslaglegging (zeer) belangrijk te vinden.

Het artsenonderzoek geeft verschillende aanwijzingen dat het levensbeëindigend medisch handelen in een aantal opzichten zorgvuldiger is geworden. Het percentage gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek lijkt wat te zijn gedaald, het percentage waarin met een of meer collegae is overlegd is toegenomen (in 8% geen overleg of consultatie; dat was in 1990 16%), de consultatie gebeurt professioneler en het percentage gevallen met een schriftelijk verslag is gestegen (van 43% naar 70%). In instellingen wordt nog steeds vaak overlegd met verpleegkundigen (75% van de specialisten doet dat versus 17% van de huisartsen) en overleg met naasten is weliswaar gedaald maar nog steeds heel gebruikelijk (in 86% in 1990 en in 1995 in 70% van de gevallen).

Activiteit van vervolgingsinstanties

De onderzoekers hebben ook gekeken naar de activiteiten van de vervolgingsinstanties. Van de 6324 in de periode 1991-1995 gemelde gevallen zijn er 120 uitvoerig in de vergadering van procureurs-generaal besproken.[64] In die periode is tegen 22 artsen (21 gevallen) een gerechtelijk vooronderzoek ingesteld dat alsnog resulteerde in sepot; 13 artsen (11 gevallen) zijn vervolgd. De belangrijkste aanleidingen voor bespreking waren: de patiënt verkeerde niet in de terminale fase (38%); twijfel over het verzoek (25%); twijfel over de consultatie (24%); twijfel over de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden (23%); twijfel over de uitvoering (13%). De afwezigheid van een verzoek of de twijfel aan het karakter van het verzoek leidde bijna altijd tot een gerechtelijk vooronderzoek.[65]

Iets nader uitgewerkt: de discussie over de terminale fase was tussen eind 1991 en juni 1994 een regelmatig onderwerp van discussie en hangt dus nauw samen met het beleid van minister van Justitie Hirsch Ballin. Toen het discussiepunt van de terminale fase kwam te vervallen, kwam vooral de reikwijdte van het criterium ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’ aan de orde. De procureurs-generaal voelde een behoefte aan objectivering van de begrippen

[64] Als een melding binnenkomt vindt op het arrondissementsparket een volledige inhoudelijke beoordeling plaats. Vervolgens wordt op het ressortsparket het gemelde geval nog een keer beoordeeld, meestal door een speciaal met dit soort zaken belaste advocaat-generaal. De eindbeslissing moet conform de afspraak van 1981 en 1987 op landelijk niveau genomen worden. In de praktijk komt dit erop neer dat de secretaris-jurist bepaalde gevallen agendeert voor nadere bespreking in de vergadering van procureurs-generaal.

[65] Een aantal keren bleek de twijfel ongegrond; twee gevallen van levensbeëindiging van een (sub)comateuze patiënt werden geseponeerd omdat het handelen weinig leek te verschillen van het stopzetten van van een medisch zinloze behandeling.

‘ondraaglijk’ en ‘uitzichtloos’. Op het punt of er een “knip” gemaakt moest worden tussen de ondraaglijkheid en de uitzichtloosheid van het lijden is er blijkens het rapport van Van der Wal, grote onenigheid geweest tussen minister Sorgdrager en de procureurs-generaal, waarbij de laatsten bakzeil hebben gehaald.[66]

Uit de notulen blijkt verder dat indien de zorgvuldigheidseis ten aanzien van de consultatie niet was nageleefd, niet tot strafrechtelijke vervolging is overgegaan. Men pleegde dan de zaak af te laten doen door de inspecteur. Opgemerkt moet nog worden dat de tijd tussen melding en afloopbericht lang is, bijna drie en een halve maand voor gevallen die niet door de procureurs-generaal worden besproken.[67]

Toetsingswensen

Een kwart van de artsen en 1 op de 6 leden van de magistratuur zegt, zonder dat daar expliciet naar is gevraagd, dat strafrechtelijke toetsing van euthanasie niet op zijn plaats is. Met name artsen geven er de voorkeur aan eventuele toetsing vooraf door de beroepsgroep zelf te laten uitvoeren, ongeacht of daar toetsing achteraf op volgt. Voor de uitvoering van die toetsing wordt het meest frequent de onafhankelijke consulent genoemd. Met name de leden van het Openbaar Ministerie vinden uitsluitend toetsing vooraf onvoldoende. Bij alle respondenten is de groep die toetsing zowel vooraf als achteraf noodzakelijk vinden, het grootst.

De meningen over wie de toetsing achteraf moet uitvoeren lopen zeer uiteen. Slechts 20% van de artsen en de helft van de magistratuur vinden dat het Openbaar Ministerie dit moet doen.[68] Een derde van alle respondentengroepen ziet hier een taak weggelegd voor een niet-strafrechtelijke commissie (niet beperkt tot de beroepsgroep, maar buiten de sfeer van het strafrecht). Als instantie, die gevallen die de toetsing in eerste instantie niet kunnen doorstaan verder moet behandelen, wordt het Openbaar Ministerie het vaakst genoemd (zij het door de artsen toch nog maar in 20%), gevolgd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

---

[66] De auteurs maken gewag van het dreigen van de minister over te gaan tot een opdracht niet te vervolgen (Van der Wal en Van der Maas 1996: 144). De procureurs-generaal constateerden dat artsen een steeds ruimere interpretatie van het criterium ‘ondraaglijk en uitzichtloos’ hanteren. Met name de subjectieve ondraaglijkheid leek een steeds grotere rol te gaan spelen. De vergadering had van daaruit behoefte aan een zekere objectivering van de begrippen ‘ondraaglijk’ en ‘uitzichtloos’ en stelde voor ze te splitsen en beide zoveel mogelijk te objectiveren. De minister wenst geen splitsing (geen “knip”) van de twee begrippen – ze herhaalt feitelijk het eerdere standpunt uit de regeringsverklaring dat beschreven staat in paragraaf 9.1 - omdat een poging het begrip ‘ondraaglijk’ te objectiveren per definitie niet zou kunnen slagen. Ondraaglijkheid moet daarom in nauwe samenhang worden beschouwd met de objectief vast te stellen ‘uitzichtloosheid’. Voorts had zij bezwaar tegen de – volgens haar - uit deze opvatting voortvloeiende wijziging, zo niet verscherping van het geldende vervolgings-beleid.

[67] Over de meldingsprocedure schrijven de onderzoekers: er is een aanzienlijke groep artsen die positieve ervaringen heeft met het melden, maar het merendeel van de artsen beschrijft zijn ervaringen met het melden in meer of mindere sterke negatieve bewoordingen, variërend van ‘tijdrovend’ tot ‘incrimerend’. Toch zegt het merendeel van de artsen dat ze een vergelijkbaar geval weer zullen melden. De aanwezigheid van de lijkschouwer wordt in de meeste gevallen als positief en ondersteunend ervaren, in een minderheid van de gevallen als een inbreuk op de intimiteit van het overlijden. Ook de lijkschouwers zelf ervaren hun rol in ongeveer de helft van de gevallen als positief.

[68] Slechts 17% van de leden van het Openbaar Ministerie vindt dat – als het Openbaar Ministerie ook in de toekomst een toetsende rol houdt – de vergadering van procureurs-generaal zich moet blijven uitspreken over elk geval.

Ongeveer 50% van de artsen vindt dat de gemeentelijk lijkschouwer een oordeel moet geven over de vraag of is voldaan aan de zorgvuldigheidseisen; van de leden van het Openbaar Ministerie vindt 60% dat en van de lijkschouwers zelf 76%. De meeste respondenten vinden dat de rol van de gemeentelijk lijkschouwer dezelfde moet blijven; een kwart van de artsen meent dat deze rol minder belangrijk moet worden.

Wat eigenlijk niet uit het onderzoek naar voren komt – en dat was toch zeker een van de belangrijkste redenen ervoor – is de evaluatie van de meldingsprocedure. Klijn wijst erop dat de evaluatie van een wet inzicht moet geven in de effecten van juridische regels op het gedrag van artsen: in hoeverre en via welke mechanismen is hun feitelijk gedrag in overeenstemming met de (doelen van de) wet. Hij wijst op een verband tussen de toenemende aantallen meldingen en de duidelijkheid die verkregen is door middel van de jurisprudentie en het scheppen van inzichtelijke procedures. Wat betreft het laatste lijkt de invoering van de meldingsprocedure van 1990 van groot belang te zijn geweest.[69] Klijn meent dat in het onderzoek duidelijk had moeten zijn welke maatregel geëvalueerd werd en dat de onderzoekers hadden moeten laten zien in welke opzichten de artsen met de formalisering van 1994 opgeschoten waren in vergelijking met 1990. Immers, alleen van een door artsen *in concreto* ervaren verbetering zou men het beoogd effect – meer melding - kunnen verwachten.[70]

De reactie van de regering

De regering is van mening dat het onderzoek laat zien dat de kwaliteit van het medisch handelen rond het levenseinde is verbeterd. Het kabinet denkt dan ook nog steeds dat de gekozen weg – wettelijke verankerde meldingsprocedure bij een ongewijzigde strafbaarstelling – de juiste is. Een probleem is echter dat de doelen van de meldingsprocedure nog niet volledig bereikt zijn. Om het meldingspercentage omhoog te krijgen, grijpen de ministers terug op het eerder geformuleerde en door Bosma en Van der Wal uitgewerkte idee van de interdisciplinair samengestelde toetsingscommissies als buffer tussen arts en het Openbaar Ministerie.[71]

Het is de bedoeling dat de toetsingscommissies jaarverslagen uitbrengen waardoor inzicht geboden wordt in de wijze waarop zij concrete gevallen hebben getoetst. Door een dergelijk verslag wordt het maatschappelijk inzicht in en de controle op levensbeëindigend handelen vergroot. Een ander positief effect is dat zo de eenheid in de toepassing wordt bewaakt.

Indien noodzakelijk kan de commissie het door haar gegeven oordeel in een persoonlijk contact met de arts toelichten. Door inzicht te bieden in het beoordelingsproces en met de arts de gevolgde werkwijze en gemaakte keuzes te bespreken, krijgen de commissies tevens een educatief karakter. Dit bevordert het zorgvuldig medisch handelen bij de toepassing van euthanasie.

De regering gaat ervan uit dat een aldus ingerichte, nauwer bij de medische beroepsuitoefening aansluitende toetsingsprocedure, het vertrouwen van artsen in de

---

[69] De eerdere ervaringen in Alkmaar – zie paragraaf 7.2 - bevestigen deze gedachte. Ook daar zag men de meldingsaantallen flink stijden toen er een procedure werd afgesproken.

[70] Klijn 2002: 133.

[71] De regering stelt voor de procedure voor toetsing van levensbeëindigend handelen zonder verzoek weer te scheiden van die van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Voor de toetsing van dit handelen denkt men aan één centrale commissie.

meldingsprocedure zal doen groeien en drempelverlagend zal werken voor het melden van levensbeëindigend handelen.[72]

Het voornemen van de regering – bekend gemaakt op een KNMG-congres in januari 1997 - wordt kritisch ontvangen en geeft aanleiding tot vele sceptische reacties. Zo stelt Leenen opnieuw dat een goede regeling van de melding en toetsing van euthanasie erom vraagt dat de strafwet zodanig wordt veranderd dat een zorgvuldig door een arts uitgevoerde euthanasie niet strafbaar is. In de strafbaarheid van euthanasie ligt in zijn optiek een flinke barrière voor melden. Hij betwijfelt of het tussenschakelen van commissies aan de meldingsbereidheid kan bijdragen.[73] De KNMG meent dat niet alleen een situatie bereikt is waarin het maatschappelijk aanvaardbaar is om de strafbaarstellingen van euthanasie aan te passen maar ook dat het strafrecht op dit gebied contraproductief is. De organisatie, die op zich wel enthousiast is over toetsingscommissies, twijfelt of de combinatie van toetsingscommissies en handhaving van strafbaarheid verstandig is.[74]

9.4 Nieuwe ontwikkelingen binnen de medische professie

De stroom publicaties over het onderwerp ‘euthanasie’ is nog lang niet opgedroogd. Nieuw zijn onder andere boeken met een antropologische invalshoek. De antropoloog Pool is met dokters meegelopen en heeft vanuit dit perspectief het medisch handelen rondom het levenseinde beschreven[75] en een anderee antropoloog - The - heeft iets soortgelijks gedaan bij verpleegkundigen.[76] Daarnaast heeft Lam in zijn proefschrift geprobeerd levensbeëindigend handelen in landen buiten Europa te vergelijken met wat in Nederland gebeurt ten aanzien van euthanasie.[77]. Verder zijn er artsen (en ook een enkele andere participant in het proces van rechtsverandering) die terugkijken op hun leven en de betekenis van euthanasie daarin.[78]

Ook verschijnen nieuwe publicaties die een overzicht proberen te geven over het gehele domein.[79] Naar aanleiding van het boek van Griffiths c.s. vlamt de discussie over de medische exceptie ook weer kort op. De rechtssocioloog Griffiths poneert de stelling dat – gezien de construeerbaarheid van het verschil tussen euthanasie en andere vormen van

---

72 *Handelingen Tweede Kamer 1996-1997, Bijlagen,* nr. 13. Het kabinet kondigt een ontwerp Algemene Maatregel Van Bestuur aan. In het voorjaar wordt deze bij de Raad van State aanhangig gemaakt.

73 Leenen 1997 *Medisch Contact*. Ten aanzien van levensbeëindiging zonder verzoek ziet hij nog wel iets in een landelijke commissie die haar mening geeft over de stand van zaken in een specifiek geval. Ook Kelk pleit voor opheffing van de strafbaarheid van zorgvuldige euthanasie door artsen. Zo lang dat niet gebeurt, blijven artsen huiverig, meent hij (Kelk 1997). Feber pleit voor een combinatie van legalisering en toetsing middels commissies (Feber 1996).

74 KNMG 1997 Meldingsprocedure.

75 Pool 1996.

76 The 1997. The is daarna doorgegaan met hetzelfde type onderzoek waarbij zij haar aandacht gericht heeft op de communicatie tussen arts en patiënt bij ‘slecht nieuws-gesprekken’ (The 1999). Vermeulen heeft een participerend onderzoek gedaan op neonatologieafdelingen (Vermeulen 2001).

77 Lam 1997. Een ander nieuw type publicaties is te vinden bij juristen en bestuurswetenschappers. Zij bestuderen een voor hun vakgebied specifieke opvatting – bijvoorbeeld decriminalisering of ‘*governance*’ – en gebruiken een beschrijving van het proces van rechtsverandering ten aanzien van euthanasie ter illustratie of bewijs. Voorbeelden hiervan zijn wat betreft strafrechttheorie Blad 1996, en wat betreft bestuurskunde Van Eeden 2001.

78 Reijnders 1994; Van Oijen 1996; Admiraal 1998; Molenaar 1999; Enklaar 1999 en Leenen 2000.

79 Visser 1996; Thomasma (red) 1998; Legemaate en Dilmann (red) 1998; Griffiths e.a. 1998; Kennedy 2002.

levensbekortend handelen, met name stervensversnelling door pijnbestrijding, en gezien de inherente gebrekkigheid van het strafrecht wat betreft de controle op levensbeëindiging door artsen - de medische exceptie met daaraan gekoppeld een interne toetsingsprocedure, een betere weg is voor effectieve controle van euthanasie. Het idee vindt onder andere onthaal bij de psychiater Van Dantzig[80] maar niet bij de ethicus Den Hartogh die de symbolische betekenis van het verbod op euthanasie van belang acht[81], en bij Leenen en Trappenburg die wijzen op medicalisering.[82]

Versterven en levensbeëindiging bij dementie[83]

In de zomer van 1997 verschijnen er berichten over 'uitdrogingsbeleid' in verpleeghuizen. De aanleiding voor de publieke belangstelling is de situatie waarin twee vrouwen hun vader, respectievelijk ex-echtgenoot aantreffen in het Groningse verpleeghuis 't Blauwbörgje. De 62-jarige demente man is bewusteloos en uitgedroogd. De man wordt naar het ziekenhuis gebracht waar hij goed herstelt. De familie klaagt het verpleeghuis aan omdat zij vindt dat de beslissing de man geen eten meer te geven met hen besproken had moeten worden. De klacht wordt door het Openbaar Ministerie onderzocht[84] maar uiteindelijk geseponeerd.[85]

Al snel komen er gegevens over versterven op tafel en worden standpunten gepubliceerd. Uit een publicatie in 1993 bleek al dat het vaker voorkomt dat afgezien wordt van voeding bij psychogeriatrische patiënten die voedsel weigeren dan dat in een dergelijke situatie

---

80 Van Dantzig 1998.

81 Den Hartogh 1998 Euthanasie; Den Hartogh 1998 Doodmaken.

82 Leenen 1997 Euthanasie; Trappenburg 2000.

83 De term 'versterven' is in de discussie gemunt door Chabot: "'Versterving' noem ik een weg naar de dood die in principe open ligt voor iedereen bij wie door ziekte of ouderdom de stofwisseling zodanig verandert dat men weinig of geen last heeft van honger en dorst wanneer men ondervoed raakt en uitdroogt" (Chabot 1996: 3). Sommige auteurs – zoals de directeur patiëntenzorg Schols - zijn minder gelukkig met de term. Schols associeert versterven met bederven, met verwaarlozen (Schols 1997). Minister Borst spreekt liever van "het natuurlijke verloop van het stervensproces" (*Handelingen Tweede Kamer 1996-1997, Bijlagen,* 25 000 XVI, nr. 81: 2).

84 Naar aanleiding van de publiciteit zijn er minstens negentien andere klachten bij het Openbaar Ministerie binnengekomen over 't Blauwbörgje van personen die van mening waren dat in hun familiekring iets vergelijkbaars is voorgevallen (*Algemeen Dagblad* 10 april 1998). In antwoord op kamervragen wordt in 1998 duidelijk dat het Openbaar Ministerie en de inspectie de klachten hebben laten onderzoeken. De officier van justitie heeft de onderzoeksgegevens aan het College overgedragen met de mededeling dat in zijn optiek in de gemelde gevallen het onthouden van voeding en vocht kan worden aangemerkt als 'normaal medisch handelen'. Het college is van oordeel dat deze handelwijze valt onder het bereik van de 'medische exceptie'.
De inspectie heeft geen aanwijzingen gevonden die wijzen op het onthouden van de noodzakelijke medische zorg in de laatste levensfase aan de betreffende overleden patiënten. De beslissing tot het niet instellen of staken van het kunstmatig toedienen van voedsel en vocht is, zo verwoordt staatssecretaris Terpsta van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het probleem, een medische beslissing in het zicht van het levenseinde. Een arts neemt een dergelijke beslissing wanneer duidelijk is dat de patiënt weigert om voedsel en vocht tot zich te nemen of wanneer hij anderszins van oordeel is dat toediening langs kunstmatige weg, medisch gesproken zinloos is. Een dergelijke beoordeling zal door de arts genomen worden conform de medische standaard. Het handelen in de naar voren gebrachte zaken is door de inspectie beoordeeld tegen de achtergrond van wat in de verpleeghuisgeneeskunde en de beroepsgroep van verpleeghuisartsen als normaal medisch handelen wordt omschreven (onder andere verwoord in de nota van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) in 1997). Het gehanteerde beleid en de wijze van besluitvorming in 't Blauwbörgje waren volgens de staatssecretaris conform de uitgangpunten in die nota (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Aanhangsel*, nr. 1340).

85 In het geval waarmee de publieke discussie op gang werd gebracht bleek later dat de man geen gevorderde dementie had en dat hij niet vanwege zijn dementie in het verpleeghuis verbleef maar ter revalidatie. Uit de casus werd in ieder geval duidelijk dat overleg met de familie onontbeerlijk is.

wordt overgegaan op sondevoeding.[86] Uit het onderzoeksmateriaal van Van der Wal c.s. blijkt dat aan 8% van de sterfgevallen een beslissing voorafgaat om af te zien van (kunstmatige) toediening van voeding en vocht (verpleeghuisartsen nemen een dergelijke beslissing in 23% van de sterfgevallen). Volgens de onderzoekers ging het hierbij veelal om patiënten van 80 jaar en ouder die geheel of gedeeltelijk wilsonbekwaam waren. In bijna 90% van de gevallen was over de beslissing om niet te behandelen overlegd met de familie.[87]

In 1996/1997 doet de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek naar de vocht- en voedseltoediening in verpleeghuizen (een onderzoek dat in 1998 wordt herhaald). De inspectie concludeert dat het beleid en de afspraken rondom vocht- en voedseltoediening veelal impliciet zijn.[88]

Van regeringskant is er kort na de affaire 't Blauwbörgje (september 1997) een brief over 'versterving' naar de Tweede Kamer gestuurd.[89] De minister van Volksgezondheid vindt dat verpleeghuizen over duidelijke regels dienen te beschikken over het al dan niet toedienen van voedsel en vocht rond het levenseinde. Daarin moet vooral aandacht worden geschonken aan het overleg met de naasten. De minister heeft naar aanleiding van het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg opdracht gegeven om het beleid ten aanzien van 'versterving' nader te onderzoeken.

In de herhaling van het onderzoek in 1998 constateert de inspectie dat iets meer dan de helft van de verpleeghuizen beleid heeft geformuleerd voor de structurele bewaking van de vocht- en voedingstoestand van individuele bewoners. De helft van de verpleeghuizen beschikt over vastgelegde richtlijnen hoe te handelen in situaties waarin de normale vocht– en voedselinname van een bewoner (tijdelijk) is verstoord. In de andere verpleeghuizen zijn er wel afspraken maar deze zijn niet schriftelijk vastgelegd. De inspectie benadrukt het belang van voldoende aandacht voor het overleg met de familie.[90]

In de zomer van de affaire van 't Blauwbörgje brengt de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen een door een commissie geschreven meningsvormende nota uit over het levensverlengend en levensbekortend handelen bij demente patiënten.[91] Uitgangspunt in de handreiking is dat beslissingen omtrent het medisch handelen bij dementerende patien in beginsel steeds gebaseerd zijn op de actuele wil van de patiënt en de medische indicatie. Met betrekking tot het omgaan in de praktijk met het begrip 'wils(on)bekwaamheid' sluit de commissie aan bij het door de CAL geïntroduceerde principe 'beschermde autonomie'. Bij 'beschermde autonomie' is de intentie om de dementerende patiënt zoveel mogelijk te respecteren in zijn zelfbeschikking. Wat betreft de beoordeling van de wilsbekwaamheid stelt de commissie voor drie uitgangspunten te hanteren: bij de beoording gaat het primair om het besluitvormingsvermogen en niet om de uitkomst van de beslissing;

---

[86] Lahuis, Paping en Van Delden 1993. De auteurs merken op dat het overlijden na het staken van voeding bij de meeste patiënten rustig en vredig verloopt.

[87] Van der Heide e.a. 1997: 1919. Uit dit onderzoek blijkt bovendien dat 13% van de verpleeghuizen richtlijnen heeft voor demente patiënten in hun laatste levensfase. Deze richtlijnen zijn vooral gericht op het aanbrengen van voedingssonden.

[88] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999.

[89] *Handelingen Tweede Kamer, 1996-1997, Bijlagen*, 25 000 XVI, nr. 81.

[90] Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999.

[91] De Commissie Besluitvorming bij Dementerende Patiënten is in juni 1995 ingesteld door het hoofdbestuur van de NVVA. Leden van de commissie zijn de verpleeghuisartsen: D.A.A. van der Wedden, C.M.P.M. Hertogh, G.L. Schut en H.H. G. Wiegmans en de beleidsmedewerkers K.H. van der Aa en I. van der Stelt.

wilsonbekwaamheid is niet een alles-of-niets-begrip, maar beslissingsafhankelijk; en bij het wensen van een levensreddende behandeling mag men in beginsel uitgaan van wilsbekwaamheid.

De commissie doet een poging de doelen en grenzen van het medisch handelen bij demente patiënten in de laatste levensfase te omschrijven. In haar optiek zijn palliatieve zorg en symptomatische zorg hoofddoelen bij deze patiëntengroep. Palliatieve zorg wordt door hen omschreven

> als een medisch beleid dat primair en hoofdzakelijk is gericht op het waarborgen van een optimaal welbevinden en een aanvaardbare kwaliteit van leven van de dementerende patiënt. Dit doel wordt bereikt door: - behandeling van tussentijdse aandoeningen, co-morbiditeit, gevolgsymptomen en complicaties van dementie; - waarbij verlenging van de levensduur als mogelijk neveneffect van deze behandeling niet gecontraïndiceerd is.[92]

Symptomatische zorg behelst een beleidsafspraak waarbij het doel van medisch handelen gericht is op het welbevinden en de kwaliteit van leven van de patiënt, maar waarbij een levensverlengend neveneffect als gevolg van een op dit doel gericht handelen ongewenst is. Voorbeelden die de NVVA geeft zijn dat een longonsteking onder een palliatief beleid kan worden behandeld met een antibioticum, terwijl een dergelijk middel onder een symptomatisch beleid als medisch zinloos wordt beschouwd. Een ander voorbeeld betreft de kunstmatige toediening van vocht en voeding. In het kader van een palliatief beleid kan deze toediening zijn aangewezen als een ondersteunende maatregel met een tijdelijk karakter. In het geval van symptomatische zorg wordt alleen de hinder van het niet meer drinken voorkomen, bijvoorbeeld door mondbevochtiging.

De samenstellers wijzen op het belang van schriftelijke wilsbeschikkingen als aanwijzingen voor het medisch handelen.[93] Zij maken een onderscheid tussen negatieve en positieve wilsbeschikkingen. In de eerste geeft de patiënt aan in een bepaalde situatie niet behandeld te willen worden. De NVVA benadrukt dat een dergelijke wilsbeschikking in beginsel moet worden gerespecteerd.

In positieve wilsbeschikkingen vragen mensen om een specifieke behandeling. Een voorbeeld hiervan is de vraag om euthanasie. Met betrekking tot dat laatste meent de commissie dat actieve levensbeëindiging louter en alleen om reden van de aanwezigheid van een irreversibele dementie, onverenigbaar moet worden geacht met goed verpleeghuiskundig hulpverlenerschap.[94] Mogelijk ligt dat anders wanneer er sprake is van 'ondraaglijk lijden'.[95] Alhoewel deze situatie volgens de commissie zelden voorkomt wil zij

92 NVVA 1997: 25.

93 De NVVE geeft voorbeelden van wilsverklaringen uit waarin om euthanasie gevraagd wordt in geval men wegens dementie in een verpleeghuis terechtkomt.

94 NVVA: 30. De minister van Volksgezondheid – Borst – is een van degenen die laten weten dat ze euthanasie willen als ze hun kinderen niet meer herkennen. (Borst zegt dit onder ander in *HP/De Tijd* van 1 september 1995 en in *Trouw* 11 november 1995.) Verpleeghuisartsen verzetten zich tegen dit idee en noemen de uitvoering ervan onmogelijk (onder andere te vinden bij de verpleeghuisarts Keizer in 'Gaat Piet niet mee?', *Trouw* 30 september 1995 en in 'Euthanasie op afstand. Dementie en de dood hebben niets met elkaar te maken', *Vrij Nederland* 13 november 1999).

95 De commissie meent dat er zelden sprake is van 'ondraaglijk lijden' bij demente patiënten. Zij motiveert dit door erop te wijzen dat het bewustzijn van de situatie waarin de patiënt zich bevindt, zelden aaneengeregen is tot een duurzame beleving en ervaring. Bovendien meent men dat de specifieke cognitieve stoornissen van de dementerende patiënt het zeer onwaarschijnlijk maken dat de

daaraan niet de conclusie verbinden dat levensbeëindigend handelen bij patiënten met een irreversibele dementie onder alle omstandigheden moet worden afgewezen. In zeer uitzonderlijke gevallen kan als gevolg van een bijkomende aandoening of een onbehandelbare complicatie een situatie ontstaan waarin de dementerende patiënt ernstig en onaanvaardbaar lijdt. Wanneer in zulke omstandigheden door intensief symptomatisch handelen en ook na consultatie van andere medisch deskundigen, geen aanvaardbare toestand wordt bereikt, kan de arts zich uiteindelijk geplaatst zien voor het dilemma van een conflict van plichten. Het verschil tussen deze situatie en die van levensbeëindigend handelen louter om reden van irreversibele dementie, is dat het hier gaat om een verifieerbaar lijden. Een dergelijke extreme situatie kan naar het oordeel van de commissie gekarakteriseerd worden als een noodtoestand, waarin levensbeëindigend handelen op basis van een eerder gedaan verzoek, ethisch aanvaardbaar kan zijn.[96] Bekendheid met de wensen en opvattingen van de patiënt door reconstructie met behulp van naasten, of via een wilsbeschikking, kan in deze omstandigheden een belangrijke ondersteuning zijn bij de besluitvorming.[97]

Hulp bij zelfdoding bij een demente bejaarde

In 1999 bericht de verpleeghuisarts Van der Meer over de hulp bij zelfdoding die zij – in 1996 - gegeven heeft aan een patiënt met een organisch-psychiatrische stoornis en de daaropvolgende reactie van het Openbaar Ministerie. De patiënt had vanaf zijn 67ste jaar klachten wat betreft zijn concentratie en vermeldde verder angst en onzekerheid. Hij was bang om dement te worden en raakte in een depressie. Na onderzoek bleek hij kleine herseninfarcten te hebben. Klinisch werd het beeld gekenmerkt door impulsieve, woedende reacties op iedere voor de patiënt onverwachte situatie. De man werd opgenomen in het verpleeghuis.

De man werd – succesvol - behandeld voor de depressie en er werd een stabiele situatie bereikt door het creëren van situaties met een vaste structuur. De man – inmiddels 71 jaar - verbleef echter tussen ernstig dementerende medepatiënten en was zeer ongelukkig in zijn situatie. Hij ondernam een aantal pogingen tot zelfdoding. Van een depressie in engere zin was geen sprake maar de man raakte in toenemende mate gedemoraliseerd door zijn gestaag toenemende verslechtering. Hij voelde er niets voor om verdere onttakeling af te wachten.

De man polste zijn behandelend arts of zij eventueel bereid zou zijn tot hulp bij zelfdoding. De arts vond het verzoek begrijpelijk en invoelbaar. Alhoewel de patiënt achteruit was gegaan was, dacht zij dat hij nog steeds een dergelijk verstrekkende en gecompliceerde beslissing kon nemen. De arts zegde toe het verzoek bij de directie van de instelling aan de orde te stellen.[98]

---

betrokkene zijn situatie kan waarderen als ontluisterend, uitzichtloos of ondraaglijk omdat het daartoe vereiste niveau van abstractie voor de patiënt niet meer toegankelijk is.

[96] De commissie is ervan overtuigd dat door de in de verpleeghuisgeneeskunde opgebouwde deskundigheid inzake symptoombehandeling en –verlichting, zich deze situatie in de praktijk hoogst zelden zal voordoen.

[97] NVVA 31-35.

[98] De echtgenote van patiënt en zijn kinderen konden zich verenigen met zijn wens. Hij had al lang geleden een wilsbeschikking daaromtrent geschreven. In het behandelteam is over deze casus gesproken. Het verzoek van de patiënt werd als zodanig invoelbaar ervaren dat er nauwelijks weerstanden tegen waren. In de instelling heeft deze casus het formuleren van het beleid omtrent levensbeëindiging in een stroomversnelling gebracht. Er is - het is dan inmiddels 1996 - onder de verantwoordelijkheid van de directie een officiële procedure ontwikkeld, die het mogelijk maakte in

De patiënt heeft vervolgens gesprekken gehad met een psychiater die hem niet kende en met een onafhankelijke verpleeghuisarts. Daarna is men gaan praten met de officier van justitie en de inspectie. Deze vonden de procedure zorgvuldig. De advocaat adviseerde ook nog een neuroloog en een in de ziekte gespecialiseerde hoogleraar om advies te vragen. Na deze consultaties – die de slechte vooruitzichten bevestigden – werd besloten de hulp bij zelfdoding te verlenen. Een week na het nemen van het besluit vond de levensbeëindiging plaats.

Vier maanden na het verlenen van de hulp schreef de officier van justitie:

> Naar mijn oordeel is in deze zaak aan alle zorgvuldigheidscriteria die gelden voor het toepassen van euthanasie voldaan. Deze mening wordt gedeeld door het College van Procureurs-Generaal, aan wie ik het geval heb voorgelegd. De justitiële bemoeienis met deze zaak is hiermee definitief geworden.[99]

De door Van der Meer c.s. beschreven casus laat zien dat hulp bij zelfdoding bij een demente patiënt soms wel mogelijk is. Kenmerkend aan de de casus is dat het lijden voor de artsen invoelbaar was en dat de patiënt nog niet zo diep dement was dat hij niet meer voldoende wilsbekwaam was.

SCEA en SCEN

Het SCEA-project[100] dat in juni 1997 van start ging, wordt in 1998 geëvalueerd.[101] Het project houdt in dat er twee diensten geleverd worden aan Amsterdamse huisartsen: enerzijds het beantwoorden van vragen en het geven van advies over alle mogelijk aspecten van euthanasie en anderzijds het uitvoeren van een consultatie. Belangrijke kenmerken van de SCEA-artsen zijn dat ze onafhankelijk zijn (voor consultaties), deskundig zijn (getraind, werkend volgens protocol, zo nodig gesteund door een specialistenkring) en gelegenheid hebben voor onderlinge uitwisseling en voor training. Een belangrijk uitgangspunt in het project is dat er altijd een SCEA-arts bereikbaar en beschikbaar is.

In de veertien maanden die het onderzoek beslaat zijn de SCEA-artsen in totaal 137 maal geraadpleegd - 84 keer voor consulatie en 53 keer voor informatie en advies. Ongeveer de helft van de Amsterdamse huisartsen die in de desbetreffende periode een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie heeft gehad, heeft SCEA een of meer keer geraadpleegd. De meest genoemde redenen om SCEA te raadplegen waren dat het in dat geval om een complexe situatie ging en dat de SCEA-arts als deskundig werd gezien.

Inzicht in de kwaliteit van informatie, advies en consultatie gegeven door SCEA-artsen ten opzichte van de kwaliteit als deze zaken door een andere arts wordt gegeven, is verkregen door een vergelijking tussen deze twee groepen inzake de laatste gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding waar de artsen bij betrokken waren. Er werden weinig verschillen geconstateerd. Het belangrijkste verschil was, dat de SCEA-artsen in de helft van de gevallen banden met de consultvrager had, terwijl andere consulenten bijna altijd bekenden waren van de consultvragende arts. Overleg met SCEA-artsen was minder vaak gericht op

---

uitzonderlijke gevallen hulp bij zelfdoding te verlenen (Van der Meer, De Veen, Noorthoorn en Kraan 1999).

99 Van der Meer e.a. 1999: 883.

100 Vermeld in paragraaf 9.3.

101 Onwuteaka-Philipsen en Van der Wal 1998.

ondersteuning en ging vaker over de vraag of het in een bepaalde situatie verantwoord was om euthanasie toe te passen en over de procedure.[102]

Het blijkt dat zowel door de SCEA-artsen als door andere Amsterdamse artsen in de meeste gevallen aan de verschillende criteria voor consultatie was voldaan.[103] Aan enkele criteria werd (nog) vaker voldaan in het geval dat de consulent een SCEA-arts was: de consulent was geen praktijkgenoot (100% versus 93%), de consulent kende de patiënt niet (98% versus 84%), en de consulent had een schriftelijk verslag gemaakt (100% versus 93%). Ook voldeden SCEA-artsen over het algemeen vaker aan alle criteria dan andere collega's (SCEA-artsen in 63% en andere artsen in 44%).[104]

Huisartsen waren (heel) positief over de verschillende aspecten van het overleg of de consultatie, zowel bij SCEA-artsen als bij niet-SCEA-artsen. Er waren wel verschillen in de waardering door de consultvragende artsen. De artsen die een SCEA-arts hadden geconsulteerd, waren positiever over het onafhankelijk oordeel, de kennis van de palliatieve zorg, de kennis over de juridische procedure en de kwaliteit van de consultatie over het geheel genomen.[105]

Alhoewel deze evaluatie het niet echt uitwijst, ervaart men (zowel in artsenkringen als in regeringskringen) het project als zo succesrijk dat er geld wordt aangevraagd en toegekend om landelijke dekking te realiseren.[106] Overal in Nederland worden SCEN-artsen opgeleid en in 2002 meldt men een dekking over het hele land.[107]

Palliatieve zorg

De belangstelling voor stervensbegeleiding is sedert de jaren zestig van de twintigste eeuw alleen maar gegroeid. In eerste instantie werd daarbij met name de aandacht gericht op de begeleiding van het acceptatieproces van het aanstaande sterven en op de pijnbestrijding.[108] Langzaam maar zeker is er sedertdien een specialisme ontstaan op dit terrein: de palliatieve zorg.

De Nederlandse ontwikkeling wat betreft palliatieve zorg wijkt af van bijvoorbeeld de Engelse doordat de aandacht niet gericht wordt op de ontwikkelingen van speciale

---

[102] Dit komt overeen met de gevonden belangrijkste redenen voor het raadplegen van SCEA: complexe situaties en vragen over of gewenste ondersteuning bij de juridische procedure.

[103] Er worden 8 criteria genoemd waaraan de consulent moet voldoen: hij was geen praktijkgenoot, geen medebehandelaar, geen arts-assistant, hij kende de patiënt niet, hij heeft de patiënt gesproken/onderzocht, hij heeft het verzoek aan de orde gesteld, hij heeft mogelijke alternatieven besproken, en hij heeft een schriftelijk verslag gemaakt.

[104] In een latere publicatie gaan Onwuteaka en Van der Wal in op de verschillen in de verslagen van SCEA-artsen en andere consulenten. Volgens de onderzoekers is de kwaliteit van de consultatieverslagen van SCEA-artsen beter: zij noemden vaker de werkzaamheden waarop hun oordeel was gebaseerd, beantwoordden en beredeneerden vaker de vragen over het verzoek en het lijden, en gaven in hun eindoordeel vaker expliciet weer of aan de zorgvuldigheidseisen was voldaan (Onwuteaka-Philipsen en Van der Wal 2001).

[105] Hierbij moet opgemerkt worden dat het niet gaat over een verschil tussen negatief en positief maar tussen positief en heel positief.

[106] *Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen* 26 691, nr. 9: 23.

[107] KNMG 2002.

[108] In Nederland uitte zich dit in belangstelling voor het werk van Saunders – vermeld in paragraaf 2.3 – en Kübler-Ross – genoemd in paragraaf 3.1.

instellingen, de 'hospices'. Pas in 1988 wordt het eerste hospice in Nederland opgericht.[109] Deze andere ontwikkeling wordt deels veroorzaakt doordat verpleeghuizen een taak in terminale zorg hebben, deels doordat er in Nederland stervensbegeleiding door huisartsen plaatsvindt.[110]

Volgens Bruntink, de auteur van een overzichtswerk over palliatieve zorg in Nederland, is de verhouding tussen palliatieve zorg en euthanasie wereldwijd een gevoelig discussiepunt. De internationale hospicebeweging is er van overtuigd dat noch vertragen noch het versnellen van de dood (euthanasie) gepast is. Binnen de palliatieve zorg in Nederland bestaat geen consensus en dus geen gezamenlijk standpunt over de plaats van euthanasie. Dezelfde auteur merkt op dat binnen de internationale hospicebeweging lange tijd gedacht werd dat Nederland vergat de palliatieve zorg te ontwikkelen omdat men de mogelijkheid had voor euthanasie. Inmiddels wordt erkend dat de palliatieve zorg in Nederland de laatste jaren sterk verbeterd is.[111]

Een belangrijk deel van de palliatieve zorg is pijn- en symptoombestrijding. Ook op dit gebied ontstaan midden jaren tachtig veranderingen. De hoogleraar pijnbestrijding Crul koppelt in zijn oratie deze ontwikkeling aan zowel medische ontwikkelingen – met name nieuwe ingrijpende behandelingen en operaties die men nu aandurft – en sociaal-culturele veranderingen – zoals de vergrijzing met de daarbij komende kwalen en pijnen en de afgenomen maatschappelijke tolerantie voor pijn en lichamelijk ongemak. Desalnietemin constateert Crul in 1997 op dit terrein nog vele tekortkomingen.[112]

Vanaf halverwege de jaren negentig wordt er vanuit de overheid meer geld besteed aan de ontwikkeling van kennis en vaardigheden op het terrein van de palliatieve zorg. Andere ontwikkelingen op dit terrein zijn de vergroting van de aandacht voor palliatieve zorg in de opleidingen voor hulpverleners, de ontwikkeling van kwaliteitscriteria, afstemming tussen verschillende instellingen waar een patiënt mee te maken krijgt in regionale netwerken en het inrichten van speciale afdelingen palliatieve zorg in Integrale Kankercentra.[113]

9.5 Patiëntenperspectief en publieke opinie

Halverwege de jaren negentig wordt het onderscheid – en soms de tegenstrijdigheid - tussen het artsenperspectief aan de ene kant en het patiëntenperspectief aan de andere kant scherper. Aan de artsenkant komen er geluiden dat patiënten en hun familie te veeleisend zijn; dat ze menen dat artsen op afroep beschikbaar moeten zijn voor hun

---

109 Bruntink 2002: 17. In diezelfde tijd wordt Stichting Elckerlijck opgericht, een stichting 'voor bewustwording rond leven en sterven' en de koepelorganisatie de Nederlandse Hospice Beweging, die later (2001) opgevolgd is door de vereniging Vrijwillige Hospicezorg Nederland. Ook het Leger des Heils is actief op dit terrein. Nog steeds zijn er nog maar een paar hospices in Nederland

110 Er zijn geen precieze cijfers over waar mensen sterven. In een schatting in 1989 is er sprake van dat 26% van de sterfgevallen thuis plaatsvindt en 17% in bejaardenhuizen; de overige cijfers zijn: 40% in ziekenhuisen en 15% in verpleeghuizen (Munnichs 1989). Stervensbegeleiding thuis vraagt veel van de naasten van de stervende. Vanaf 1984 zijn er ook op dit terrein vrijwiligersorganisaties opgericht zoals de Landelijke Stichting Vrijwillige Terminale Zorg en het Netwerk Palliatieve Zorg voor Terminale Patiënten Nederland.

111 Bruntink 2002: 113.

112 Crul 1997: 5-8.

113 Bruntink 2002: 113-116.

wensen.[114] Van patiëntenkant komt de klacht dat de publieke en politieke aandacht voor problemen rondom euthanasie tot nu toe vooral gericht is geweest op de hulpverlener en niet op de hulpvrager.

Onderzoek onder patiënten

De NVVE heeft een aantal keren laten weten dat zij in het kader van de landelijke onderzoeken ook onderzoek naar het patiëntenperspectief zou willen. Dit voorstel is door de verschillende regeringen van de hand gewezen. Uiteindelijk heeft de NVVE aan het Verwey-Jonker instituut gevraagd een dergelijk onderzoek te doen. Er waren twee deelvragen. De eerste onderzoeksvraag betreft het verloop van het proces van eerste uiting van de wens tot aan de realisering van de doodswens vanuit het perspectief van degene die dood wil en diens naasten. De tweede onderzoeksvraag handelt over de belemmeringen en knelpunten die optreden in het proces van omgaan met het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding.[115]

Er zijn twee deelonderzoeken gedaan: een procesonderzoek onder dertig cliënten die een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding hebben gedaan en een follow-up onderzoek naar aanleiding van een telefonisch meldpunt voor ervaringen van nabestaanden met cliënten die een euthanasievraag hadden of hulp bij zelfdoding (het nabestaanden-onderzoek).

Alhoewel het onderzoek lijdt aan methodologische tekortkomingen - onder andere doordat de mensen verzameld zijn via kanalen van de NVVE en het veelal ontevreden personen betreft – is een aantal bevindingen interessant, zeker omdat ze elders bevestigd worden. Als belangrijkste knelpunten noemt de onderzoeker het onbegrip en de machteloosheid bij cliënten wanneer hun verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding geen gehoor vindt; het valse gevoel van veiligheid dat een cliënt ervaart als hij de euthanasieverklaring bij de huisarts heeft neergelegd – voor veel patiënten is het niet duidelijk dat de arts een voorwaardelijk 'ja' geeft; en de terughoudendheid van de arts om in te gaan op een concreet verzoek om euthanasie.

Het beeld dat in het onderzoek naar voren komt, is dat veel huisartsen weliswaar in principe bereid zijn om euthanasie te verlenen maar in de praktijk de uitvoering ervan zoveel mogelijk voor zich uit schuiven in de hoop dat de euthanasie uiteindelijk niet nodig zal zijn. Uit het onderzoek blijkt verder dat huisartsen die in principe bereid zijn euthanasie toe te passen dit doorgaans alleen doen in situaties waar sprake is van een terminale ziekte in de laatste fase. En ook dan zijn er artsen die de euthanasie zo lang mogelijk uitstellen dan wel niet inwilligen.

Een ander knelpunt is de ongelijke (machts)verhouding in de patiënt-artsrelatie. Het onderzoek laat zien dat het heel moeilijk is voor patiënten om een oplossing te vinden wanneer een arts principieel tegen het toepassen van euthanasie is of als een arts op het moment dat de patiënt een concreet verzoek om euthanasie doet, weigert mee te werken. Er zijn ook aanwijzingen dat de sociaal-maatschappelijke positie van de patiënt een rol speelt in de gesprekken met artsen. Jonge patiënten en patiënten met een hogere sociaal-maatschappelijke positie lijken meer op voet van gelijkheid met de arts te kunnen praten en te onderhandelen over hun euthanasiewens, dan ouderen en personen met een

---

114 Onder ander te vinden in 'Euthanasie graag snel, "want we gaan naar de camping"' in *de Volkskrant* 1995.
115 Van Overbeek 1996.

psychiatrische aandoening. [116] Ook het sociaal netwerk van de patiënt lijkt een belangrijke factor te zijn in de wijze waarop het proces verloopt. Naasten die het verzoek om euthanasie van de patiënt ondersteunen kunnen een positieve invloed hebben op het verloop van het proces.[117] Goede relaties met naasten betekent ook dat patiënten terughoudend zijn in hun euthanasiewens en de concrete beslissing zo lang mogelijk uitstellen. Het blijkt dat zowel bij cliënten met psychiatrische aandoening, als bij (oudere) cliënten die geen of weinig toekomstperspectief voor zichzelf zien meerdere beperkende kenmerken vertonen.[118]

Chabot heeft een paar jaar later een meer kwalitatief onderzoek gedaan naar de discrepantie tussen stervenswens van de patiënt enerzijds en de bereidheid van artsen om mee te werken aan levensbeëindiging anderzijds.[119] Ook in dat boek wordt duidelijk dat het voor sommige mensen onmogelijk is – ondanks een groot lijden – de hulp te krijgen die zij wensen.

Nieuwe initiatieven

Van patiëntenkant wordt echter niet stilgezeten. Al in de jaren tachtig zijn er initiatieven geweest om plaatsen te creëren waarin mensen die dat willen hulp bij hun zelfdoding kunnen krijgen. In de jaren negentig is in Alkmaar de humanistische raadsman Hilarius met iets dergelijks bezig. Hij richt Stichting 'De Einder' op: een organisatie die als doel heeft het bevorderen en – indien wenselijk – zelf uitvoeren van professionele begeleiding van mensen met een doodswens die hulp vragen; en het bespreekbaar maken van het verschijnsel dat mensen een doodswens hebben.[120] In 1997 zijn er zeven mensen die zich willen inzetten voor de hulpverlening. Zij zijn verspreid over het land gevestigd.[121]

Een ander organisatie die opkomt voor het recht op het zelfgekozen levenseinde is een afsplitsing van de NVVE: de Stichting Vrijwillig Leven. Deze stichting is opgericht in 1996. Het doel van de SVL is de wettelijke erkenning van een recht op het zelfgekozen levenseinde en op het verkrijgen van de middelen om dit op een humane wijze te realiseren. Volgens de SLV zijn er voor mensen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden slechts beperkte mogelijkheden om via hun arts hulp bij het sterven te krijgen. De SVL wil bereiken

[116] Dit komt overeen met een bevinding van Melief (vermeld in pargraaf 8.4).
[117] Dit zijn bevindingen die Pool en The (de eerder vermelde antropologen) ook beschrijven.
[118] In 1998 wordt in een soortgelijk onderzoek deze bevindingen bevestigd (Versteeg, Koppedraijer en Smaling 1998).
[119] Chabot 2001.
[120] Stichting 'De Einder' tracht dit doel te bereiken door: het organiseren van trainingen in het begeleiden van mensen met een doodswens voor nog niet daartoe gekwalificeerde hulpverleners; het organiseren van openbare voorlichtingsbijeenkomsten; het uitgeven van een periodiek; de oprichting en instandhouding van een centraal punt voor coördinatie en informatie (die onder andere als taak heeft hulpverleners te registreren die het doel van de stichting onderschrijven en informatie te verstrekken over mogelijkheden om hulp te ontvangen .
[121] Hilarius 1998. Een van de hulpverleners van Stichting 'De Einder' staat in maart 2002 terecht in Groningen voor hulp bij zelfdoding. De man in kwestie – Muns – stelt de desbetreffende mevrouw niet geholpen te hebben maar haar slechts geestelijk te hebben bijgestaan. Deze zaak is in eerste aanleg niet behandeld omdat de rechter gewraakt is. De rechter legde aan het begin van de rechtszitting de volgende verklaring af: "Mijn moeder is een paar dagen voor mevrouw B. gestorven. Met hulp van een huisarts. Ik moet zeggen dat het mij en mijn broers onaangenaam getroffen zou hebben als we haar met een plastic vuilniszak over haar hoofd hadden gevonden" (*de Volkskrant* 29 maart 2002). In juni 2002 is het Openbaar Ministerie niet ontvankelijk verklaard. Bij de zelfdoding waren zeker vijf personen aanwezig geweest onder wie zeker één die een grotere bijdrage aan de uiteindelijke dood zou hebben geleverd dan Muns. Het lijkt erop dat alleen hulpverleners worden aangepakt, stelde de rechter, en dat is een schending van het gelijkheidsbeginsel (*de Volkskrant* 19 juni 2002).

dat ook anderen die op weloverwogen gronden hun levenseinde in eigen hand willen nemen hun besluit kunnen nemen en dat hulp daarbij niet langer strafbaar is. Zij zet zich ervoor in dat geschikte middelen hiervoor onder voorwaarden beschikbaar komen. Om de gewenst hulp te kunnen geven streeft de SVL naar de oprichting van een of meerder steunpunten, voorzieningen waar mensen advies, hulp en middelen kunnen krijgen en waar artsen terechtkunnen voor advies en consultatie van een collega en voor doorverwijzing van patiënten.[122]

Met haar wetsontwerp van 1996 is de NVVE zelf ook een stuk opgeschoven richting de doelstellingen van Stichting 'de Einder' en SVL. En ook de activiteiten van de psychologen van de NVVE tonen wel enige overeenkomst met die van de andere organisaties.[123] Vanaf 2000 zijn er gesprekken tussen NVVE, SVL en Stichting 'De Einder' over samenwerking. In 2001 richten deze gesprekken zich op de mogelijkheid om een experiment aan te vragen bij de regering waarbij de organisaties de instanties worden die de middelen kunnen verstrekken om het idee van 'de pil van Drion' te realiseren. Vooralsnog is er weinig politieke steun voor dit idee.[124]

Publieke opinieonderzoek

Uit paragraaf 8.1 bleek al dat Nederlanders in meerderheid van mening zijn dat euthanasie mogelijk moet zijn. In de jaren na 1991 publiceert het Sociaal Cultureel Planbureau niet meer soortgelijke gegevens maar is er wel informatie uit andere bronnen over de ontwikkeling van de publieke opinie. In 1993 vraagt het NIPO of de geïnterviewde vindt dat iemand die in een voor hem of haar onaanvaardbare, uitzichtloze noodsituatie verkeert, altijd het recht heeft om dan beëindiging van zijn of haar leven te vragen. Van de ondervraagden antwoordt 78% dat iemand dat recht heeft, 10% meent van niet en 12% weet het niet.

Van Holsteyn en Trappenburg hebben een onderzoek gedaan naar de overwegingen op basis waarvan mensen een grens trekken ten aanzien van hetgeen ze geoorloofd vinden met betrekking tot levensbeëindiging.[125] Een onderzoek dat ze een paar jaar later herhaald hebben.[126] Het onderzoek is gedaan aan de hand van vignetten over verschillende situaties waarin levensbeëindiging voorkomt. Uit het eerste onderzoek blijkt dat twee beginselen een rol spelen bij de beoordeling van levensbeëindigend handelen: zelfbeschikking en

---

[122] SVL 1999.

[123] Tegen een van de psychologen van de NVVE loopt medio 2002 ook een rechtszaak. De familie van de desbetreffende overledene vindt dat de persoon tot zelfdoding is kunnen overgaan doordat ze telefonisch contact had met de persoon van de NVVE (*NRC- Handelsblad* 14 maart 2001).

[124] Zelfs mevrouw Borst die positief staat tegenover het idee van 'de pil van Drion' meent dat het idee te vroeg komt (Van Dam en Peeters 2002).
De publiciste Spaink beschrijft haar zoektocht op het internet naar middelen om de eigen dood te bewerkstelligen. Alhoewel het niet gemakkelijk is, is het Spaink gelukt twee maal de dosis te verkrijgen die iemand nodig heeft. Spainks zoektocht is ingegeven door een wars-zijn van de betrokkenheid van een arts bij de zelfverkozen dood (Spaink 2001).

[125] Van Holsteyn en Trappenburg 1996. Casus die zij voorleggen betreffen stoppen met behandelen bij kansloze kinderen, actieve levensbeëindiging bij kansloze kinderen, actieve levensbeëindiging bij de prognose 'onleefbaar leven', actieve levensbeëindiging bij gehandicapte baby's, levensbeëindiging bij coma-patiënten, hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten, levensbeëindigend handelen bij demente bejaarden, 'de pil van Drion'.

[126] Trappenburg en Van Holsteyn 2002. In dit onderzoek zijn er vignetten over iemand die een ongeneeslijke spierziekte heeft, een psychiatrisch patiënt, een casus die lijkt op die van de Chabot-zaak, een 'pil van Drion'-casus, en een demente bejaarde met een wilsverklaring.

barmhartigheid. De auteurs constateren dat voor de Nederlandse bevolking het zelfbeschikkingsrecht veruit het belangrijkste beginsel is van waaruit men vragen over medische levensbeëindiging beoordeelt. De visie van mensen op het wel of niet bestaan van het recht op zelfbeschikking heeft dan ook een belangrijke voorspellende waarde bij het beroordelen van medisch-ethische dilemma's rond het levenseinde. Een voorspellende waarde in die zin dat mensen die 'geloven in' het recht op zelfbeschikking anders oordelen over dergelijke kwesties dan zij die menen dat zoiets als een recht op zelfbeschikking niet bestaat.

Anderzijds constateren zij dat de Nederlandse bevolking niet *a priori* afwijzend staat tegenover medische levensbeëindiging waaraan géén weloverwogen verzoek ten grondslag ligt, met name bij pasgeborenen met een zeer ernstig lijden. Medische levensbeëindiging enkel en alleen uit overwegingen van barmhartigheid, zonder verzoek van de familie van de betrokkene kan niet op veel steun rekenen.

De conclusie van Van Holsteyn en Trappenburg ten aanzien van het hellend vlak – als je levensbeëindiging op een bepaalde grond toestaat, accepteer je logisch gesproken ook andere gronden voor levensbeëindiging - is dat deze metafoor empirisch aantoonbaar onjuist is. De beoordeling blijkt subtieler en genuanceerder - berustend op veel meer overwegingen - dan veelal in een hellend-vlakargumentatie wordt aangenomen. Uit de onderzoeken wordt duidelijk dat veel Nederlanders moeite hebben met hulp bij zelfdoding door artsen bij psychiatrische patiënten en mensen met 'existentiële problemen' (zoals de mevrouw in de Chabotzaak en bejaarden waarvoor Drion 'zijn pil' bedacht). [127]

9.6 Rechtszaken

Een van de juridische vragen die nog niet beantwoord is, betreft de eventuele strijdigheid van de meldingsprocedure met het recht niet mee te werken aan de eigen veroordeling. In 1999 schept de Hoge Raad in de zaak Zweers duidelijkheid omtrent deze vraag. Andere rechtszaken in deze periode betreffen 'stervenshulp', de levensbeëindiging zonder verzoek in een situatie waar de vitale functies beginnen weg te vallen. Vanaf 1998 zal er bovendien een rechtszaak gaan lopen inzake hulp bij zelfdoding van iemand die 'klaar met leven' is. Deze laatste zaak veroorzaakt grote ophef in het wetgevingsdebat en zal aldaar beschreven worden.

---

[127] Door het NIPO zijn in 1998 en 2001 soortgelijke vragen gesteld als Van Holsteyn en Trappenburg. Het in 2001 gehouden onderzoek naar de publieke opinie wijst uit dat 85% van de ondervraagden van mening is dat mensen die ondraaglijk lijden aan een ongeneeslijke ziekte, waaraan zij binnen afzienbare tijd dood zullen gaan, mogen beslissen dat zij op een zelfgekozen moment willen sterven. Van de ondervraagden vindt 65% dat ook mensen die lijden aan een ongeneeslijke lichamelijke ziekte waarmee ze nog vele jaren kunnen blijven leven een dergelijk besluit mogen nemen. Van een derde groep - mensen, die langdurig en ondraaglijk psychisch lijden – vindt 57% dat zij zelf mogen beslissen dat zij willen sterven; en 51% vindt dat van hoogbejaarde mensen (Hessing-Couvret 2001). De resultaten in 1998 waren hetzelfde met uitzondering van de situatie waarin mensen langdurig psychisch lijden: ten opzichte van drie jaar geleden erkennen nu significant meer mensen dat psychisch lijden een grond kan zijn om te beslissen te willen sterven (stijging 52% naar 57%). Een andere bevinding is dat nu meer mensen dan in 1998 vinden dat als er geen bijzondere omstandigheden zijn, men niet zelf over sterven mag beslissen (nu 54%, toen 43%). Verder beantwoorden ook meer mensen dan in 1998 de vraag ontkennend of mensen wanneer ze besloten hebben dat zij willen sterven, zij ongeacht hun leeftijd of gezondheid, de middelen moeten kunnen verkrijgen om op een zelf gekozen moment een einde aan hun leven te maken (nu 59%, toen 51%).

De beslissing over *nemo tenetur*: de zaak Zweers

Op 28 januari 1996 maakt de uroloog Zweers een einde aan het leven van een van zijn patiënten. In eerste instantie wordt de arts doodslag ten laste gelegd omdat onduidelijk is of er in deze casus sprake is van een weloverwogen en vrijwillig verzoek.[128] Verder staat Zweers ook terecht voor het afgeven van een valse verklaring ten aanzien van het overlijden.

Wat betreft de levensbeëindiging doet Zweers een beroep op noodtoestand en de rechtbank Almelo kent hem dit toe. Zweers wordt wat betreft de euthanasie ontslagen van rechtsvervolging.[129]

Wat betreft de verklaring van overlijden stelt de advocaat namens de arts dat de plicht tot het melden van levenbeëindigend handelen krachtens artikel 10 van de Wet op de Lijkbezorging en de op dat artikel gebaseerde 'Meldingsprocedure Euthanasie' in strijd is met het *nemo tenetur*-beginsel, en dat op grond van artikel 6 van het EVRM door een nationale wet geen inbreuk gemaakt mag worden op een ieders recht te zwijgen en op het recht zichzelf niet te hoeven belasten met een strafbaar feit.

De rechtbank verwerpt het verweer. De wetgever kan niet het recht ontzegd worden aan artsen de verplichting op te leggen naar waarheid te verklaren of een patiënt wel of niet een natuurlijke dood gestorven is.

> Het enkele feit dat het vermelden van een niet natuurlijke doodsoorzaak de kans op een onderzoek en een vervolging bij gebleken nalatigheden ernstig vergroot, betekent nog niet dat de arts wordt verplicht zichzelf te belasten in de zin zoals het beginsel van *nemo tenetur* beoogt te voorkomen.

De rechtbank veroordeelt de arts tot een geldboete van 5.000 gulden.

Tegen het vonnis wordt hoger beroep aangetekend. Het hof acht levensbeëindiging op verzoek en valsheid in geschrifte bewezen. De advocaat doet wat betreft het eerste weer een beroep op noodtoestand en ook het hof accepteert dat verweer. Ten aanzien van de valsheid in geschrifte stelt de advocaat opnieuw dat het Openbaar Ministerie niet ontvankelijk dient te worden verklaard vanwege het schenden van het beginsel *nemo tenetur*.

---

[128] Op 26 januari wordt de patiënt op verzoek van zijn huisarts opgenomen in het ziekenhuis om daar onder optimale pijnbestrijding zijn dood af te wachten. De patiënt lijdt aan prostaatkanker, met uitzaaiingen naar de botten. Er zijn - medisch gezien - geen mogelijkheden meer om de ziekte te behandelen. De patiënt verkeert in de terminale fase en heeft – dat wordt pas later duidelijk - aangegeven te willen sterven. De middag van de opname wordt als beleid bepaald dat in voorkomend geval niet tot reanimatie zal worden overgegaan. Als de pijn aan blijft houden gaat de arts over tot het geven van morfine. Hij bespreekt de hieraan verbonden gevaren - dat het toedienen van dit middel de dood kan bevorderen - met de familie. De patiënt blijft, ondanks morfine en vergroting van de toegediende hoeveelheid, pijn lijden. De uroloog consulteert hierop een anesthesioloog die adviseert het middel Dormicum bij te geven. De patiënt krijgt dit middel toegediend. Enige tijd daarna vermindert de ademhaling van de patiënt en ontstaat er een *apneu* gedurende enige minuten. De patiënt lijkt te overlijden maar tegen alle verwachtingen in begint hij opnieuw te ademen. Daar een nieuwe hoeveelheid van hetzelfde middel van een ver verwijderde plaats moet komen en hij het opnieuw laten bijkomen van de patiënt inhumaan acht, kiest Zweers ervoor een wel aanwezig dodelijk middel toe te dienen.

[129] Uitspraak 28 januari 1997, niet gepubliceerd.

Ook het hof meent echter dat de arts niet het niet-melden van de euthanasie wordt verweten, maar het afgeven van een valse verklaring van overlijden, daar waar de wet hem niet verplicht tot het afgeven ervan. De raadsman betoogt dat de arts, als hij geen verklaring van overlijden zou hebben afgegeven, zeer goede redenen had te vermoeden dat een strafrechtelijke vervolging zou volgen. Dat is op zichzelf juist, maar het hof kan zich niet verenigen met de stelling dat de arts zichzelf door middel van het niet-afgeven tot verdachte van een misdrijf bestempelt (iets waartoe hij op grond van het *nemo tenetur*-beginsel niet mag worden gedwongen). Het betreft in dit geval immers niet het verrichten van een handeling maar een nalaten en dat is in dit verband een wezenlijk verschil. Het recht om te zwijgen omvat niet het recht onwaarheid te spreken of valse verklaringen af te geven en het recht niet bij te dragen aan de eigen veroordeling omvat niet het recht alles te doen wat ertoe kan bijdragen een verdenking te vermijden of af te wenden. Daarbij laat het hof nog terzijde dat het *nemo tenetur*-beginsel rechten toekent aan een verdachte en dat Zweers, toen hij de verklaring afgaf, die hoedanigheid nog helemaal niet had. Voor het “als geneeskundige opzettelijk een valse verklaring afgeven nopens een oorzaak van overlijden” veroordeelt ook het Gerechtshof Arnhem de arts tot een geldboete van vijfduizend gulden.[130]

In 1999 spreekt de Hoge Raad zich wat betreft *nemo tenetur* uit in deze zaak. De Raad meent dat het hof terecht heeft geoordeeld dat de tenlastelegging

> niet inhoudt dat de arts heeft verzuimd melding te doen van levensbeëindigend handelen maar dat hij, een verklaring omtrent een overlijdensoorzaak afgevende, zich schuldig heeft gemaakt aan het in artikel 228, eerste lid, Sr omschreven strafbare feit, te weten als arts opzettelijk een valse verklaring afgeven nopens een oorzaak van overlijden. Deze strafbare handeling staat geheel los van de in het kader van het verweer door de verdediging opgeworpen vraag of de arts, die na een levensbeëindigende handeling een verklaring van overlijden van deze strekking afgeeft, verplicht zou worden mee te werken aan zijn eigen veroordeling.[131]

Dit brengt met zich mee, aldus de Hoge Raad, dat het hof het verweer dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk verklaard moet worden terecht heeft verworpen.

Levensbeëindiging zonder verzoek I: de zaak van de neuroloog

Op oktober 1995 staat een neuroloog terecht wegens moord dan wel het medeplegen daarvan omdat hij in juni 1993 het leven van een patiënt heeft beëindigd zonder dat er sprake was van een verzoek. Het handelt hier om een ernstig zieke patiënt waarbij de familie aandringt op levensbeëindiging. De arts weigert dit, naar eigen zeggen om juridische reden, maar wil wel in een andere vorm aan het verzoek voldoen namelijk door het staken van de toediening van voeding en medicijnen en het (laten) toedienen van een snel oplopende dosering morfine. De verwachting is de man als gevolg daarvan op korte termijn zal overlijden, hetgeen ook gebeurt.[132]

---

130 *Nederlandse Jurisprudentie* 2000, nr. 216.

131 *Nederlandse Jurisprudentie* 2000, nr. 216: 1434.

132 De arts heeft nog diezelfde middag zijn besluit geëffectueerd, hoewel hij wist dat hij met ingang van die avond gedurende een aantal dagen niet in het ziekenhuis aanwezig en/of bereikbaar zou zijn. De zaak is bekend geworden doordat de arts drie weken later de officier van justitie mondeling gemeld heeft dat er waarschijnlijk ten onrechte een verklaring van natuurlijk overlijden is afgegeven. De inspectie heeft het eventueel ambtshalve optreden laten afhangen van de beslissing van de officier van justitie om te vervolgen. De inspecteur voor de volksgezondheid stelt dat de gekozen methode niet

De rechtbank acht opzettelijk en met voorbedachte rade iemand van het leven beroven bewezen en ziet de arts als functioneel dader. De arts doet een beroep op noodtoestand. Dit beroep wordt verworpen omdat er geen sprake was van een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie. Als een arts al een keuze mag maken in een situatie waarin een verzoek ontbreekt dan is het in een dergelijke situatie nog dringender vereist zich aan de zorgvuldigheidseisen te houden. In deze casus heeft de arts echter iedere vorm van collegiaal overleg achterwege gelaten en dus de toetsing van zijn eigen besluit evenals toetsing van de motieven van de familie van de patiënt, onmogelijk gemaakt. De afweging of hier volgens verantwoord wetenschappelijk inzicht en proportioneel is gehandeld kan dus niet gemaakt worden. Het gedrag van de arts is te meer verwijtbaar daar hij zonder enige medisch noodzaak het ziekenhuisprotocol alsmede de richtlijnen van de KNMG wat betreft euthanasie heeft genegeerd. Dit terwijl hij had moeten beseffen dat de daarin genoemde zorgvuldigheidseisen *mutatis mutandis* in versterkte mate van belang konden zijn.

De rechtbank is van oordeel dat van een arts verwacht mag worden dat hij niet alleen met de beste bedoelingen handelt maar tevens voldoet aan de voor de uitoefening van zijn beroep geldende professionele normen. Hij is ernstig tekortgeschoten wat betreft de behoedzaamheid die inachtgenomen behoorde te worden. De arts is ook ernstig tekorteschoten in de zorgvuldigheid bij de uitvoering van zijn besluit omdat hij weinig duidelijk is geweest over zijn besluit tegenover zijn collega-arts die hem het weekend zou waarnemen en tegenover de verpleging. Anderzijds laat de rechtbank meewegen dat aannemelijk is dat er sprake was van uitzichtloos lijden bij de patiënt en dat het de oprechte bedoeling van de arts is geweest daar iets aan te doen. Voorts is van belang dat de arts zijn volle medewerking heeft gegeven aan het langdurig en voor hem ongetwijfeld belastende onderzoek en rechtsgang. De rechtbank veroordeelt de arts tot een gevangenisstraf van drie maanden voorwaardelijk met een proeftijd van twee jaar.[133]

Levensbeëindiging zonder verzoek II: de zaak tegen de chirurg en de assistent-arts

Op 17 september 1995 overlijdt een terminaal zieke 78-jarige wilsonbekwame patiënt die zeer ernstig lijdt. Ten aanzien van de patiënt is een niet-behandelbeleid afgesproken opdat hij zal sterven. De patiënt overlijdt echter niet en hij lijdt ondraaglijk aan niet met morfine te onderdrukken pijn.[134] De chirurg besluit daarop een middel toe te dienen dat op het centrale zenuwstelsel inwerkt en het overlijden kan bespoedigen.[135] Een verpleegkundige weigert dit

---

adequaat is voor euthanasie en de gekozen dosering veel te veel voor pijnbestrijding (*de Volkskrant* 11 oktober 1995).

[133] *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996: 149-154. Hieraan gerelateerd is een zaak betreffende het afgeven van een valse verklaring van overlijden bij deze patiënt door een arts-assistent. De arts-assistent heeft aan de dienstdoend neuroloog gevraagd of sprake was van actieve levensbeëindiging. De neuroloog heeft geantwoord dat het hier pijnbestrijding betrof en dat zij dus een verklaring van natuurlijk overlijden kon afgeven. De rechtbank is van oordeel dat de arts niet overtuigd was van de natuurlijke dood en toch de verklaring heeft afgegeven. De rechtbank rekent haar aan dat zij tegen beter weten op basis van gegevens uit het medisch dossier in, op de mededeling van de neuroloog is afgegaan. Wegens verzachtende omstandigheden wordt er geen straf op maatregel opgelegd (*Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996: 102-105).

[134] De situatie van de patiënt is erbarmelijk. Zijn buikdrainage is verstopt waardoor hij vreselijke pijn heeft. De drainage wordt echter niet vervangen omdat men bang is dat hij overlijdt als hij onder narcose wordt gebracht.

[135] Op die zondag heeft de arts, na overleg met de dienstdoende anesthesisioloog, de beslissing genomen om de dosering van de morfine nogmaals te verhogen. Toen de ziekenhuisapotheek niet bereid bleek de voorgeschreven dosis morfine te leveren, heeft de arts na overleg met het hoofd van

te doen, waarna de behandeling wordt uitgevoerd door de assistent. Een kwartier later overlijdt de patiënt. De arts vult de verklaring van natuurlijk overlijden in. De chirurg verdedigt dat met de stelling dat de patiënt is overleden aan de gevolgen van een palliatief beleid. Na een paar dagen schakelt hij alsnog de inspectie en de officier van justitie in.[136]

Vier jaar later – november 1999 – staan de artsen terecht voor de rechtbank Den Haag. De artsen worden aangeklaagd voor moord en medeplichtigheid aan moord; subsidiair doodslag en medeplichtigheid daaraan, en voor het afgeven van een valse verklaring van overlijden.[137] Hun advocaat – Sutorius - meent echter dat er noch van 'moord' noch van 'doodslag' sprake is. Er is – op goede gronden en zorgvuldig - een palliatief beleid gevoerd en het is bovendien de vraag of de behandeling wel de oorzaak van het overlijden is.

De artsen beroepen zich op de medische exceptie. De Hoge Raad heeft weliswaar de medische exceptie als rechtvaardigingsgrond voor euthanasie afgewezen maar in deze casus was er geen sprake van levensbeëindiging op verzoek maar van palliatief handelen. In het palliatief beleid ten aanzien van deze patiënt was besloten volledig te abstineren en vervolgens werd men geconfronteerd met een lijden dat alleen met ingrijpende middelen bestreden kan worden. Het bestrijden van dit lijden stond voorop en niet het bewerken van de dood van de patiënt als zodanig. Het bijkomende en te voorziene effect van het ingestelde palliatieve beleid was een verhaasting van het overlijden van de patiënt, maar dit was niet de primaire behandelingsdoelstelling. Het overlijden van een patiënt als een – voorzien – gevolg van palliatie en lijdensverlichting behoort, ook de wetgever is hier expliciet over, niet onder het strafrecht te vallen.[138] Behalve op de medische exceptie doen zij een beroep op overmacht en op afwezigheid van alle schuld op grond van verontschuldigbare dwaling over het begrip 'natuurlijke doodsoorzaak'.

De advocaat klaagt namens de artsen over de lange termijn die zij hebben moeten wachten.[139] De rechtbank toont zich wel gevoelig voor deze klacht. Zij is van oordeel dat er genoeg reden is om de officier van justitie in de vervolging van de artsen niet ontvankelijk te verklaren maar acht dit niet in het belang van de artsen.

De rechtbank acht moord bewezen. Het beroep op de medische exceptie wordt afgewezen: de medische handeling waarmee de dood van een patiënt is bewerkstelligd behoort niet tot de medische handelingen die straffeloos kunnen worden verricht om de enkele reden dat de arts met die handeling beoogt het lijden van de patiënt te verzachten.[140] Wat betreft het beroep op noodtoestand overweegt de rechtbank dat de artsen, daar zij bekend waren met de werking van het toegediende middel, rekening had moeten houden met de aanmerkelijke kans dat toediening voor de patiënt dodelijk zou zijn. Aldus is het leven van deze patiënt actief beëindigd. Hier overweegt de rechtbank dat na het nemen van de beslissing tot

---

die apotheek, de beslissing genomen om de patiënt per infuus Nesdonal toe te dienen. De famaceut heeft daarbij vermeld dat de dood van de patiënt een neveneffect van het middel zou zijn.

[136] De artsen verklaren aanvankelijk overtuigd te zijn geweest dat de man een natuurlijke dood was gestorven. Pas na ondertekening van de verklaring en na overleg met collega's zouden ze daaraan zijn gaan twijfelen (*Haagse Courant* 30 november 1999).

[137] Wat betreft de valse verklaring van overlijden vernietigt de rechtbank de dagvaarding omdat die niet voldoet aan de vereisten die daaromtrent in het Wetboek van Strafvordering zijn gesteld.

[138] Sutorius meent dat het tuchtrecht de instantie is die het palliatief handelen van de artsen dient te beoordelen maar de inspectie heeft geen reden gezien voor een klacht.

[139] De officier van justitie verklaart de lange wachttijd (het dossier lag ruim een jaar in haar kast) door te zeggen dat ze het druk had.

[140] Volgens de geraadpleegde anesthesiologen is het gebruikte middel niet een naar medisch wetenschappelijk inzicht verantwoord middel om pijn te bestrijden.

abstineren de behandeling gericht was op pijnbestrijdiing met als te voorrzien gevolg dat de patiënt zou overlijden. De pijnbestrijding bleek echter niet effectief te zijn en ook niet effectief te zullen worden en het gevolg, de dood van de patiënt, trad ook niet in. Daarmee ontstond een conflict van plichten waarin, volgens de rechtbank, een te rechtvaardigen keuze is gemaakt. De rechtbank oordeelt dat de artsen overmacht in de vorm van noodtoestand toekomt en ontslaat hen van rechtsvervolging.[141]

LEVENSBEËINDIGING ZONDER VERZOEK III: DE ZAAK VAN OIJEN

De huisarts Van Oijen[142] maakt in februari 1997 een eind aan het leven van een van zijn patiënten. De 85-jarige vrouw in kwestie is opgenomen in een verzorgingstehuis. Zij heeft ernstige doorligwonden doordat ze al langere tijd haar bed niet meer wenst uit te komen. Zij kan nog maar moeizaam slikken en geeft aan niet meer te willen leven. Deze opvatting is echter aan veranderingen onderhevig en enige dagen later blijkt ze nog niet dood te willen. Het beleid – pijnstilling en optimale verzorging van de doorligwonden – wordt gecontinueerd. Omdat mevrouw pijn heeft, verhoogt Van Oijen de dosis morfine en spreekt met de instelling af dat mevrouw valium krijgt. Dat laatste gebeurt echter niet. Als Van Oijen later die dag terugkomt dient hij haar een middel toe om rustig te slapen. Hij spreekt af dat 's avonds nogmaals dat middel zal worden toegediend, maar ook dit gebeurt niet. Van Oijen, die verwacht dat mevrouw zal overlijden na de tweede toediening, treft haar 's anderdaags levend maar in een erbarmelijke toestand aan. Na overleg met de dochters van de patiënte, die aandringen op handelen dat een einde maakt aan de mensonterende situatie waarin hun moeder zich bevindt, besluit Van Oijen een einde aan haar leven te maken met behulp van een dodelijk middel dat hij toevallig bij zich heeft. Als mevrouw is overleden vult Van Oijen de verklaring van natuurlijk overlijden in. De directeur van de instelling waar de patiënte verblijft, maakt melding van het overlijden bij de Inspectie voor de Volksgezondheid, die op zijn beurt de officier van justitie verwittigt. Tegen Van Oijen wordt zowel door de inspectie als door het Openbaar Ministerie een procedure aangespannen.

De inspecteur maakt Van Oijen de volgende zes verwijten: 1) het beëindigen van het leven van een patiënte zonder dat zij hem daarom heeft gevraagd; 2) het oproepen van een onaanvaardbare sfeer van geheimhouding; 3) het afgeven van een valse verklaring van natuurlijk overlijden; 4) het verzoeken een medicijn toe te dienen zonder daarvan aantekening te maken in het dossier van de patiënt; 5) het toedienen van een middel waarvan de expiratiedatum is verstreken; 6) en het aan de ex-echtgenoot van de patiënte meedelen dat zij is overleden aan de toegediende morfine.

Het tuchtcollege acht de klacht deels gegrond[143] en oordeelt dat Van Oijen het vertrouwen in de medische stand heeft ondermijnd. Het college volstaat met de lichtste maatregel omdat Van Oijen zich bij zijn handelwijze heeft laten leiden door het belang van de patiënte.[144]

---

[141] Niet gepubliceerd arrest rechtbank 's-Gravenhage 13 december 1999.

[142] Deze arts is in Nederland bekend geworden doordat hij mee gewerkt heeft in een televisie-programma waarin de voorbereiding en de uitvoering van een euthanasie verfilmd en vertoond is (*Dood op verzoek*. IKON 1994). Over zijn ervaringen als huisarts en als een van de hoofdpersonen in de film heeft Van Oijen verhaald in het boek *Dilemma's van een huisarts. Dood op verzoek* (Utrecht 1996).

[143] De eerste, derde en vijfde klacht zijn gegrond volgens het tuchtcollege, de vierde deels en de tweede en zesde niet.

[144] 4 mei 1998 Medisch Tuchtcollege Amsterdam. Hoger beroep wordt niet ingesteld omdat gelijktijdig ook een strafrechtelijke procedure loopt (Crul 2001 Lijdensweg).

Vier jaar later[145] op 7 februari 2001 staat Van Oijen terecht voor de rechtbank Amsterdam wegens moord, subsidiair levensberoving op uitdrukkelijk en ernstig verlangen en wegens het afgeven van een valse verklaring van overlijden. Van Oijen voert vier verweren: het Openbaar Ministerie moet niet-ontvankelijk worden verklaard[146]; het is onzeker of het geïnjecteerde middel de dood heeft veroorzaakt; er was sprake van noodtoestand en - voor het geval dat afgewezen wordt - van afwezigheid van alle schuld. Ten aanzien van de verklaring van overlijden wordt door de verdediging gesteld dat Van Oijen verschoonbaar heeft gedwaald. Hij heeft zich pas achteraf gerealiseerd dat hij zich bevond in het grijze gebied tussen levensbeëindiging en stervensbegeleiding.

De rechtbank acht Van Oijen schuldig aan beide tenlastegelegde feiten. Wat betreft het beroep op noodtoestand overweegt de rechtbank dat op het moment van het toedienen van de laatste injectie geen sprake meer was van ondraaglijk lijden. Mevrouw had op dat moment geen pijn, zij was niet onrustig en gaf geen blijk zich bewust te zijn van haar omgeving en de toestand waarin zij zich bevond. Verder speelt een rol dat zij kort tevoren nog ondubbelzinnig te kennen had gegeven niet te willen sterven. Er was hier geen sprake van een conflict van plichten. De plicht te handelen zoals de patiënte zelf had aangegeven had het zwaarst moeten wegen. De rechtbank verwerpt dan ook de verweren.

Wat betreft de verklaring van overlijden stelt de rechter dat het gebruikte middel niet thuis hoort in een palliatief beleid. Van Oijen kon niet van oordeel zijn dat mevrouw ten gevolge van een natuurlijke oorzaak was overleden. Van Oijen wordt wat betreft de levensbeëindiging strafbaar verklaard maar krijgt geen straf opgelegd. Voor het afleggen van een valse verklaring wordt hij veroordeeld tot een voorwaardelijke geldboete van 5000 gulden.[147] Van Oijen gaat hiertegen in beroep.[148]

---

[145] Van Oijen heeft bezwaar aangetekend tegen zijn dagvaarding omdat het hier handelde om een andere kwestie dan het soort levensbeëindiging waarbij een toetsing aan zorgvuldigheidseisen door de rechter passend en gewenst zou zijn. In deze casus, zo claimt Van Oijen, ging het in overwegende mate om palliatief handelen. Dit bezwaar wordt niet gehonoreerd omdat Van Oijen een leven beëindigd heeft. In een dergelijk geval moet getoetst worden aan de zorgvuldigheidseisen. Deze beslissing wordt in hoger beroep door de Hoge Raad in stand gelaten (deze gegevens komen uit het arrest van de rechtbank Amsterdam zoals gepubliceerd op het internet (ELRO-nummer AB0174 zaaknr. 13/127080-97).

[146] In de pleitnota stelt de advocaat dat uit de appèlmemorie van de officier in de bezwaarschrift-procedure en de bijlage daarbij, duidelijk wordt dat de officier van justitie vindt dat Van Oijen is overgegaan tot levensbeëindigend handelen zonder dat zijn handelen in overeenstemming was met de zorgvuldigheidseisen die zulk handelen aanvaardbaar kunnen maken (de officier dacht dat aan twee vereisten niet was voldaan: het uitdrukkelijk verzoek en de consultatie). De advocaat vindt dat niet terecht: het gaat om een andere kwestie dan het soort levensbeëindiging waarbij een toetsing aan de zorgvuldigheidseisen door de rechter passend en gewenst zou zijn. In het licht van deze omstandigheden is het onbegrijpelijk dat Van Oijen strafrechtelijk vervolgd wordt. Het enige wat hem in dit kader verweten kan worden is dat hij een 'verkeerd middel' heeft gebruikt. Hij verwijst dan nog naar de opmerking van de procureur-generaal Remmelink in zijn conclusie voor het Schoonheim-arrest (zie paragraaf 6.5) dat in een 'crepeersituatie' "de Officier van Justitie zo hij met een te goeder naam en faam bekend arts van doen heeft... de zaak terzijde [zal] kunnen leggen." Het beroep wordt door de rechtbank verworpen.

[147] Rechtbank Amsterdam 21 februari 2001 parkernr. 13/127080-97. Het Openbaar Ministerie had negen maanden voorwaardelijk geëist.

[148] Dit hoger beroep heeft op het moment van afronding van dit boek nog niet plaatsgevonden. Inmiddels is er door collega's een steunfonds voor Van Oijen opgericht gezien het feit dat hij in ernstige financiële problemen is geraakt door de rechtsgang.

9.6 POLITIEKE ONTWIKKELINGEN VANAF 1997

In januari 1997 heeft de regering het voornemen kenbaar gemaakt regionale toetsingscommissies in het leven te roepen als buffer tussen artsen en het Openbaar Ministerie.[149] De bedoeling is onder meer dat artsen vaker zullen melden als ze euthanasie hebben toegepast. De rest van 1997 wordt besteed aan de voorbereiding van dit idee. In een brief van april zetten de ministers de hoofdlijnen uit van de nieuwe meldingsprocedure. Er komen vijf toetsingscommissies – waarin medisch, ethisch en juridisch deskundigen zitten – die de melding van levensbeëindiging op verzoek beoordelen aan de hand van de geldende, aan de jurisprudentie ontleende zorgvuldigheidscriteria.[150] De arts wordt van het oordeel in kennis gesteld tegelijkertijd met het Openbaar Ministerie.[151] Het Openbaar Ministerie zal in de gevallen waarin de commissie oordeelt dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, in de regel afzien van vervolging.[152] Op 24 november 1997 sturen de ministers een brief aan de Tweede Kamer waarin zij het besluit hieromtrent aankondigen.[153] Daaraan gekoppeld sturen zij een ontwerp-ministeriële regeling tot instelling van de regionale toestsingscommissies die gemelde gevallen van levensbeëindiging op verzoek beoordelen. De ministers vermelden dat zij weldra een apart besluit aan de Raad van State ter advisering voorleggen dat handelt over het formulier betreffende levensbeëindiging zonder verzoek. Tegelijk met dit laatste besluit zal een concept-ministeriële regeling aan de Kamers worden gezonden waarbij een centrale beoordelingscommissie voor de toetsing van gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek wordt ingesteld.[154] De scheidslijn tussen levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding enerzijds en levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek anderzijds ligt volgens de ministers besloten in de vraag of de patiënt zich ten tijde van het verzoek om levensbeëindiging ten volle bewust was van de strekking hiervan als mede van zijn lichamelijke situatie.[155]

Als antwoord op de vraag waarom de regering overgaat op het instellen van toetsingscommissies en niet tot het wijzigen van het Wetboek van Strafrecht wijzen de

---

[149] Zie hiervoor paragraaf 9.3.

[150] De beoordelingscriteria van de commissies zijn: een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek; uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt naar heersend medisch inzicht; raadpleging van ten minste een andere, onafhankelijke arts; en de medisch zorgvuldige uitvoering van de levensbeëindiging.

[151] Uit *Handelingen 1997-1998, Bijlagen,* 23 877, nr. 17: 20 blijkt dat de inspecteur van de volksgezondheid tegelijkertijd op de hoogte wordt gesteld.

[152] *Handelingen Tweede Kamer 1996-1997, Bijlagen*, 23 877, nr. 14. In het kamerdebat wordt duidelijk dat deze beleidslijn wordt vastgelegd in een vervolgingsrichtlijn van het Openbaar Ministerie (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998*: 4637).

[153] Gepubliceerd in het *Staatsblad* 1997, nr. 550. Aan de regeling zit een nieuw 'modelverslag' als bijlage toegevoegd. Het modelverslag is opgesteld aan de hand van de bestaande lijst van aandachtspunten waarbij acht is geslagen op het standpunt inzake euthanasie van de KNMG uit 1995. In concreto betekent dit dat er nu een vraag is opgenomen of de consulterend arts de patiënt zelf heeft gezien (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen,* 23 877, nr. 17: 7).

[154] Uit het debat in de Eerste Kamer blijkt dat er nogal wat haken en ogen zitten aan de regeling van deze toetsingscommissie waardoor er op dat moment (april 1998) nog geen conceptversie van bestaat (*Handelingen Eerste Kamer 1997-1998*: 1471).

[155] *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 23 877, nr. 17: 9. Dat betekent dat niet alleen gevallen van levensbeëindiging waar geen verzoek is voorbij de scheidslijn liggen maar ook euthanasie bij de volgende groepen patiënten: mensen wier lijden primair van psychische oorsprong is, minderjarigen, en mensen die weliswaar lijden aan een somatische aandoening maar wier vermogen tot het uiten van een weloverwogen verzoek gestoord kan zijn geweest door bijvoorbeeld een depressie of dementie.

ministers op de te geringe meldingsfrequentie.[156] De ministers menen dat de lage melding eerder een argument tegen versoepeling van de wettelijke norm vormt dan er vóór. Het betekent immers dat er van volledige toetsbaarheid nog geen sprake is. De ministers benadrukken dat de taak van toetsingscommissies uitdrukkelijk meer is dan een louter en alleen strafrechtelijke toetsing, het is ook de bedoeling de kwaliteit van het medisch handelen te bevorderen. Ook andere impulsen moeten bijdragen aan de kwaliteits-verbetering. Daarbij denkt men aan een verdere uitbreiding van de kennis en ontwikkeling van palliatieve zorg. Verder wijst men erop dat de consultatie vooraf beter en professioneler kan en merkt men op in dat kader het SCEA-project met belangstelling te volgen. Nu al deze aspecten van het euthanasiebeleid in de praktijk nog niet in alle opzichten naar volle tevredenheid zijn gerealiseerd, achten de ministers een nieuw voorstel tot beperking van de desbetreffende strafbaarstellingen niet aan de orde.[157]

Een volgend discussiepunt is welke bewegingsruimte de toetsingscommissies hebben. De ministers menen dat indien niet in alle opzichten aan de zorgvuldigheidscriteria is voldaan, het in de rede ligt dat een commissie hiervan in haar oordeel melding maakt, alsmede van de eventuele redenen die aan dit feilen ten grondslag liggen. Daar de criteria aan de hand waarvan de commissie toetst zijn ontleend aan de jurisprudentie betekent een afwijking van de zorgvuldigheidseisen niet automatisch het oordeel ‘onzorgvuldig’. Indien bijvoorbeeld sprake is van een gebrekkige consultatie behoeft dit een geslaagd beroep op noodtoestand niet in de weg te staan. Indien het de commissie echter niet zonder meer verdedigbaar voorkomt dat, in het gegeven voorbeeld, deugdelijke consultatie achterwege is gebleven, zal zij ook dit moeten aangeven in haar oordeel. Naar aanleiding daarvan moet alsnog nader worden bezien of, en zo ja, tot welke reactie deze omissie aanleiding geeft.[158]

Ten slotte is de rol van de lijkschouwer onderwerp van gedachtenuitwisseling. Het is de bedoeling het handelen van de lijkschouwer meer te stroomlijnen. In het nieuwe regime zal de lijkschouwer niet langer een algemeen oordeel uitspreken over de levensbeëindiging in kwestie. De bedoeling is dat de lijkschouwers nog slechts controleren of alle formulieren aanwezig zijn en goed ingevuld zijn. Om de lijkschouwers goed hierover te informeren, is het Forensisch Medisch Genootschap bezig met opstellen van een protocol voor lijkschouwers. [159]

De verkiezingen komen eraan. Volgens de agendering zal de Tweede Kamer op 18 maart 1998 over de herziene formulieren en het instellen van de toetsingscommissies praten en op 21 april de Eerste Kamer. Net voor het eerste debat kondigt de D66-er van Boxtel aan dat hij samen met PvdA en VVD een initiatiefwetsvoorstel heeft ontworpen waarin opnieuw wordt voorgesteld euthanasie onder voorwaarden te legaliseren.[160] Alhoewel het debat en de stemmingen nog wel gehouden worden krijgen de christelijke partijen die stellen dat de nieuwe regeling slechts een kort leven beschoren is, gelijk.[161]

---

[156] In de ‘Lijst van vragen en antwoorden’ worden ook de meldingscijfers van de afgelopen jaren gegeven. Voor de eerdere cijfers zie paragraaf 9.3. Ook nu worden - net zoals in de jaarverslagen van het Openbaar Ministerie – afdoeningscijfers gegeven en staan de aantallen niet voor de echte meldingen. In 1996 waren er 1689 meldingen en 1997 waren het er 1986 (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen*, 23 877, nr. 17: 15).

[157] *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen,* 23 877, nr. 17: 2.

[158] *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen,* 23 877, nr. 17: 23-24.

[159] *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen,* 23 877, nr. 17: 22.

[160] *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen,* 26 000.

[161] Minister Sorgdrager neemt daar vast een voorschotje op door te stellen dat de commisie met een kleine wijziging van de taak een toetsende werking kunnen hebben als artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht veranderd is (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998*: 4650.

De verkiezingen van 1998 leveren opnieuw een PvdA-VVD-D66-kabinet op.[162] In het regeerakkoord staat ten aanzien van euthanasie te lezen:

> Het kabinet acht het van belang de rol van artsen bij euthanasie in het Wetboek van strafrecht vast te leggen: een arts die aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet én de meldingsplicht vervult is niet strafbaar. Het kabinet neemt hiertoe, bij gelijktijdige intrekking daarvan, het initiatiefwetsvoorstel (dat reeds voor advies bij de Raad van State is ingediend) ongewijzigd over en zal het terstond als eigen wetsvoorstel voor advies aan de Raad van State voorleggen.[163]

Op 1 oktober 1998 beginnen de voorbereidende werkzaamheden van de regionale toetsingscommissies en vanaf 1 november beoordelen zij de meldingen van levensbeëindigend handelen op verzoek.[164]

HET NIEUWE WETSVOORSTEL

In augustus 1999 ontvangt de Tweede Kamer het wetsvoorstel van de regering 'Toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding' en tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de Lijkbezorging'.[165] In het voorstel wordt artikel 293 als volgt geformuleerd:

> 1. Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaar of geldboete van de vijfde categorie.
> 2. Het in het eerste lid bedoeld feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet inzake toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijk lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.[166]

Een van de wijzigingen ten opzichte van eerdere voorstellen is dat de zorgvuldigheidseisen waaraan iemand moet voldoen die in aanmerking wil komen voor de bijzondere strafuitsluitingsgrond niet meer opgenomen zijn in het Wetboek van Strafrecht of in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst maar in een afzonderlijke wet, de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Wat betreft de zorgvuldigheidseisen wordt daar gesteld dat de arts de overtuiging moet hebben gekregen dat er sprake was van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam[167] verzoek; dat hij de overtuiging heeft verkregen

---

162 In dit 'tweede paarse kabinet' is Borst (D66) minister van Volksgezondheid en Korthals (VVD) minister van Justitie.

163 *Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen,* 26 024, nr. 10: 47. In de tussentijd wordt nog in de Tweede Kamer gediscussieerd over een uitbreiding van de toetsingscommissies, met name over de vraag of er ook verpleegkundigen een plaats in moeten krijgen. Uiteindelijk besluit men, onder andere om de praktische reden dat vier leden veel slechter werkbaar is dan drie, niet tot deze wijziging over te gaan. Wel zegt minister Borst toe dat er onderzoek ondersteund zal worden naar de wijze waarop verpleegkundigen of verzorgenden in het behandelingsproces en in het besluitvormingsproces ten aanzien van levensbeëindiging een rol spelen en welke rol dat dan is (*Handelingen Tweede Kamer 1997-1998, Bijlagen,* 23 877, nr. 26).

164 *Handelingen Tweede Kamer 1998-1999, Bijlagen*, 23 877, nr. 27.

165 Op geleide van het advies van de Raad van State is het voorstel enigszins veranderd.

166 *Handelingen Tweede Kamer 1998-1999, Bijlagen,* 26 691, nrs 1 en 2: 6.

167 De term 'duurzaam' bij de vereiste aan het verzoek is er op advies van de Raad van State aan toegevoegd.

dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt[168]; dat hij de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over de vooruitzichten; dat hij met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich verbond geen redelijke andere oplossing was; en dat hij ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en zich een oordeel heeft gevormd over de genoemde zorgvuldigheidseisen.

Op advies van de Raad van State is de bepaling ten aanzien van de mogelijkheid van euthanasie bij minderjarigen veranderd. In het initiatiefwetsvoorstel was voor minderjarigen tussen de 12 en de 18 jaar geregeld dat wanneer een van de ouders zich niet kon verenigen met het verzoek, de levensbeëindiging – noodsituaties uitgezonderd – geen doorgang zou vinden. De Raad adviseert conform haar eerdere adviezen inzake euthanasie tot aansluiting bij de systematiek van de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO). Bij jongeren tussen de zestien en achttien jaar dient de wens van de minderjarigen de doorslag te geven. Bij jongeren tussen de twaalf en zestien dienen de ouders wel een belangrijke stem te hebben. Samen krijgen ze een vetorecht maar de stem van een van hen kan terzijde worden gesteld door de geneeskundige. De ministers kiezen echter voor een iets andere regeling. Zij stellen voor dat wanneer één ouder of beide ouders zich niet met de levensbeëindiging kunnen verenigen, aan het verzoek van het kind tussen 12 en 16 jaar gevolg wordt gegeven, indien de arts tot de overtuiging is gekomen dat met de levensbeëindiging ernstig nadeel voor de patiënt kan worden voorkomen.

De Raad van State meent verder nog dat ten aanzien van de schriftelijke wilsverklaring – die in het voorstel niet geregeld was – meer duidelijkheid moet komen.[169] De ministers nemen dit over door een paragraaf toe te voegen in het artikel waarin de zorgvuldigheidseisen zijn geregeld:

> Indien de patiënt van zestien jaar of ouder niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat werd geacht, een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, kan de arts, overeenkomstig het eerste lid [de zorgvuldigheidseisen, HW], aan dit verzoek gevolg geven, tenzij hij gegronde redenen heeft het verzoek niet in te willigen.[170]

---

[168] In het initiatiefwetsvoorstel was sprake van een ‘uitzichtloze noodsituatie’. Op advies van de Raad is dat omgezet in ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’.

[169] Hierbij wordt de systematiek van de WGBO met betrekking tot schriftelijke behandelweigeringen gevolgd.

[170] *Handelingen Tweede Kamer 1998-1999, Bijlagen,* 26 691, nr. 2: 2. In 1999 verschijnt er een notie van de minister van Justitie over de juridische status van schriftelijke wilsverklaringen. Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen negatieve wilsverklaringen – bijvoorbeeld het weigeren van een behandeling – en positieve wilsverklaringen – bijvoorbeeld een verzoek om euthanasie. Een negatieve wilsverklaring dient in beginsel door de hulpverlener te worden opgevolgd. In relatie met de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding merkt de minister op dat een positieve wilsverklaring gelet op de ingrijpende gevolgen aan duidelijkheid niets te wensen mag overlaten, een zekere mate van actualiteit moet bezitten, en voorzien moet zijn van een identificeerbare handtekening. De minister kan de vraag of levensbeëindiging in geval van een wilsonbekwame patiënt met een wilsverklaring rechtens mogelijk is, niet *in concreto* beantwoorden. Hij acht dit niet uitgesloten in een situatie waarin met voldoende zekerheid kan worden vastgesteld dat de wilsverklaring gebaseerd is op duurzaam en weloverwogen verzoek en de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos lijdt. De minister tekent aan dat ook als voldaan is aan de vereisten uit de jurisprudentie de arts nooit kan worden verplicht gevolg te geven aan het verzoek om levensbeëindiging (*Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen,* 26 885, nr. 1).

In de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is naast de zorgvuldigheidseisen ook de instelling en de taakomschrijving van de regionale toetsingscommissies opgenomen. De toetsingscommissies veranderen van status. Als de toetsingscommissie oordeelt dat een arts zorgvuldig heeft gehandeld, laat zij dat de arts weten en eindigt de zaak. Alleen als de arts niet zorgvuldig heeft gehandeld en als de officier van justitie na de melding geen verklaring van geen bezwaar tegen verbranding of begraving afgeeft brengt de commissie haar oordeel over aan het College van Procureurs-Generaal en de inspectie voor de gezondheidszorg. Met andere woorden: bij een geval van zorgvuldige euthanasie speelt het Openbaar Ministerie geen rol meer.[171]

Een andere wijziging die de Raad van State voorstelt en door de regering is overgenomen is een verandering van artikel 1.6 van de Algemene Wet Bestuursrecht teneinde te voorkomen dat het oordeel van de commissies getoetst kan worden door de administratieve rechter.

Met de parlementaire behandeling van het regeringsvoorstel wordt in februari 2000 een begin gemaakt in de vaste kamercommissies.[172] Een aantal thema's speelt een prominente rol. Op de eerste plaats vallen veel kamerleden erover dat de regering wat betreft de considerans volstaan heeft met een verwijzing naar de voorgeschiedenis van het wetsvoorstel. Deze kamerleden hadden liever gezien dat de regering haar eigen uitgangspunten om tot wetswijziging over te gaan had verwoord. Een heikel punt vormen de regelingen ten aanzien van de minderjarigen. Zowel in het parlement als in de samenleving als in het buitenland is deze bepaling sterk omstreden. Ook de vraag of het wetsvoorstel niet het vervolgingsmonopolie van het Openbaar Ministerie aantast, leeft bij sommige parlementariërs.[173] Deze leden zijn ervan overtuigd dat de toetsingscommissies het Openbaar Ministerie niet kunnen vervangen. De bepaling ten aanzien van de schriftelijke wilsverklaring wordt door menigeen als onduidelijk ervaren. Andere bezwaren zijn dat men vreest dat het wetsvoorstel botst met artikel 2 EVRM en dat het voorstel prematuur is doordat er nog te weinig gedaan is aan de ontwikkeling van de palliatieve zorg.[174] Verder dringt men aan op uitbreiding van het SCEA-project opdat het een landelijke dekking krijgt en pleit men opnieuw voor de uitbreiding van de toetsingscommissies met verpleegkundigen.

Het eerste jaarverslag van de regionale toetsingscommissies euthanasie

In de tijd die verstrijkt tussen deze vergadering en de reactie erop van de ministers verschijnt het eerst jaarverslag van de toetsingscommissies. Dit jaarverslag betreft de periode van 1 november 1998 tot 1 januari 2000. Uit het verslag blijkt dat in de laatste twee maanden van het kalenderjaar 1998 bijna 350 meldingen zijn gedaan en 2216 in 1999.

---

171 *Handelingen Tweede Kamer 1998-1999, Bijlagen,* 26 692, A. Een andere opmerking van de Raad van State is dat de tekst van het wetsvoorstel wat betreft de positie van het Openbaar Ministerie duidelijk is maar dat de Memorie van Toelichting deze duidelijkheid in gevaar brengt. Het gaat erom dat duidelijk blijft dat het Openbaar Ministerie het vervolgingsmonopolie houdt en dat het in alle gevallen van levensbeëindiging de bevoegdheid behoudt om tot strafvervolging over te gaan. De ministers daarentegen denken wat betreft dit laatste dat als de toetsingscommissie tot een positief oordeel komt, er geen redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit bestaat en dat het Openbaar Ministerie dus niet zal kunnen overgaan tot vervolging. Dit staat echter opsporingsonderzoek op andere gronden niet in de weg. Verder adviseert de Raad van State alle oordelen van de toetsingscommissies ter hand te stellen van het Openbaar Ministerie. Dit voorstel wijst de regering af.

172 *Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen*, 26 691, nr. 5.

173 De Raad van State had deze vraag ook al opgeworpen.

174 Bij deze gelegenheid spreekt men ook regelmatig bezorgdheid uit over ontwikkelingen op het terrein van de hulp bij zelfdoding en vraagt men zich af of het wetsvoorstel ook bedoeld is om 'de pil van Drion' te regelen.

Aangezien er volgens het jaarverslag van het Openbaar Ministerie in 1998 2241 meldingen waren geweest, is het aantal van 2216 zeer teleurstellend. Van de kant van de toetsingscommissies wordt de zaak rooskleurig gepresenteerd met opmerkingen als: "het aantal meldingen is niet substantieel gestegen".[175] Later bleek dat de cijfers die het Openbaar Ministerie presenteerde niet gemakkelijk vergelijkbaar zijn met die van de toetsingscommissies doordat de eerste *afdoeningscijfers* vermelden (daar zij in 1998 een inhaalslag hadden gedaan was dat aantal aanzienlijk hoger dan het aantal meldingen) en de toetsingscommissies *meldingscijfers*.

De toetsingscommisies hebben al deze zaken getoetst en in vrijwel alle gevallen was het eindoordeel dat de artsen zorgvuldig gehandeld hadden. [176] In het eerste verslagjaar heeft één van de regionale toetsingscommissies in drie gevallen geoordeeld dat de meldend arts onzorgvuldig had gehandeld. Het betrof hier het raadplegen van een onvoldoende onafhankelijke consulent.[177] Na overleg is het oordeel veranderd in 'zorgvuldig'. Voor deze zaken is de aandacht van de inspectie gevraagd en de commissie heeft met de desbetreffende artsen gesproken.[178]

De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 25 dagen. In ruim 200 zaken werd nadere informatie ingewonnen, meestal schriftelijk. In een enkel geval belde de arts van de commissie de meldend arts, of werd de arts uitgenodigd voor een gesprek. In de meeste van deze zaken werd de termijn van zes weken niet gehaald.

Wat betreft de zorgvuldigheidseisen is de ervaring van de toetsingscommissies dat de informatie die zij krijgen ten aanzien van het lijden soms te beperkt is. Zij tekenen daarbij aan dat het modelformulier niet uitnodigt tot toelichting op cruciale punten als de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden. Er verzoek bleek in bijna alle gevallen een schriftelijk verzoek aanwezig te zijn. In de andere gevallen was steeds uit ander materiaal

---

175 Sorgdrager 2000: 1145.

176 Regionale toetsingscommissies Euthanasie 2000. Een van de aandachtspunten in het verslag is de werkwijze van de commissies: wanneer de commissie de bescheiden van de lijkschouwer heeft ontvangen, wordt een ontvangstbevestiging gestuurd aan de meldend arts. De secretaris van de commissie voert de gegevens in, in een speciaal ontwikkelde database en stelt een concept-oordeel op. In dat concept-oordeel staat een samenvatting van de melding aan de hand van de vier zorgvuldigheidscriteria en een oordeel over het handelen van de arts. De commissieleden krijgen kopieën van alle dossiers met het opgestelde concept-oordeel opgestuurd. Om de drie of vier weken is er een vergadering. Tijdens de vergadering worden alle zaken besproken, waarna het definitieve oordeel door de voorzitter wordt ondertekend. In sommige zaken wordt besloten nadere informatie in te winnen bij de arts, de consulent of de lijkschouwer; zo nodig wordt de arts uitgenodigd voor een gesprek. In zaken waar nog nadere informatie opgevraagd moet worden, wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheid de termijn van zes weken waarbinnen het besluit bekend moet zijn, met eenmaal zes weken te verlengen. Het oordeel wordt gezonden naar het Openbaar Ministerie met een afschrift aan de inspecteur van de volksgezondheid en aan de meldend arts. Alle kopieën van de dossiers worden na de vergadering vernietigd. De dossiers worden gearchiveerd en tien jaar bewaard.

177 In deze casus was niet alleen de geconsulteerde arts niet echt onafhankelijk van de arts maar ook de lijkschouwer (Vesseur 2000). De oplossing wordt verwacht van de uitbreiding van SCEA naar SCEN.

178 Daarna is in soortgelijke gevallen steeds het oordeel zorgvuldig uitgesproken en is de aandacht van de inspectie opnieuw gevraagd.

In totaal zijn 8 gevallen onder de aandacht van de inspectie gebracht. De toetsingscommissies hebben zich in twee zaken onbevoegd geacht (eenmaal omdat het een pasgeborene betrof en eenmaal omdat er geen verzoek was). Verder heeft een secretaris drie zaken teruggestuurd (twee maal late zwangerschapsafbreking en een maal levensbeëindiging bij een minderjarige).

voldoende van een verzoek gebleken. Een probleem waar de commissies tegenaan liepen is het feit dat de schriftelijke verzoeken vaak conditioneel gesteld zijn en niet toegespitst op de situatie van het moment van de levensbeëindiging. Verder ontstond soms onduidelijkheid over de weloverwogenheid doordat het moment tussen wat schijnbaar het eerste verzoek was om euthanasie en de uitvoering ervan erg kort was. Incidenteel deed zich het geval voor dat de patiënt na het verzoek in coma was geraakt en de arts het natuurlijk overlijden had kunnen afwachten. In de laatste gevallen heeft de commissie geoordeeld dat de artsen zorgvuldig gehandeld hebben maar daarbij werd soms opgemerkt dat het in situaties als deze de voorkeur verdient het natuurlijk overlijden af te wachten. Wat betreft consultatie deden zich eveneens drie knelpunten voor: De verslaglegging van de consulent wordt vaak als onvoldoende ervaren, met name bij medisch specialisten. Daarbij merken de toetsingscommissies op dat de consultatieverslagen van SCEA-artsen in positieve zin opvallen. Tenslotte kwam consultatie binnen de huisartsengroep van de regio of waarneemgroep nog steeds regelmatig voor. Net zoals ten aanzien van verslaglegging verwachten de commissies ook wat dit punt betreft veel van de uitbreiding van het SCEA-project naar heel Nederland. Wat betreft de uitvoering van de levensbeëindiging valt op dat in verreweg de meeste gevallen sprake is van euthanasie en niet van hulp bij zelfdoding.[179]

Vervolg behandeling wetsvoorstel 26 691

In juli 2000 antwoorden de ministers Korthals en Borst-Eilers in een nota van 126 pagina's op de vragen van de vaste kamercommissies. Een aantal punten springen in het oog. Het eerste is dat de ministers toezeggen dat de – sterk bekritiseerde - bepaling ten aanzien van de minderjarigen wordt teruggetrokken.[180] Op de tweede plaats wordt het net ingevoegde vereiste dat het verzoek 'duurzaam' moet zijn, weer afgevoerd.[181] Aan de bepaling omtrent consultatie wordt toegevoegd dat de consulent een schriftelijk verslag moet afgeven.[182] De ministers refereren verder aan de 'klaar met leven' – problematiek en het daaraan verwante probleem van 'de pil van Drion'. Ze stellen onomwonden dat het wetsvoorstel deze problematiek niet beoogt te regelen. Op vragen over activiteiten van Stichting 'De Einder' en informatie over zelfdoding op internet stellen de ministers - onder verwijzing naar het arrest van de Hoge Raad in de zaak Mulder-Meiss - dat het geven van informatie en morele steun niet strafbaar is. Het is niet de bedoeling van de ministers de materiële eisen te veranderen.[183] Verder wijzen de ministers erop dat al eerder en op andere plaatsen trajecten zijn uitgezet ter verbetering van de palliatieve zorg in Nederland. Deze

---

[179] De KNMG grijpt de publicatie van het rapport aan om een expert-bijeenkomst te organiseren waarin alle knelpunten rondom consultatie en melding worden besproken. Leenen neemt alvast een voorschot op de komende ontwikkelingen. Hij spreekt de verwachting uit dat als SCEN in het hele land behoorlijk verankerd is vooraf toetsen beter is dan achteraf (KNMG 2000: 7-8). Pleidooien voor toetsing vooraf worden steeds vaker gehoord (onder andere Josephus Jitta 1998, Kenter, Wassenberg, Sutorius en Dibbets 1998).

[180] Vastgelegd in de Nota van Wijziging (*Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen,* 26 691, nr. 7. Een van de redenen voor het veranderen is dat de praktijk – anders dan de Raad van State had verondersteld – aangeeft ook zonder de voorgestelde regeling te kunnen werken (*Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen,* 26 691, nr. 7: 11).

[181] GroenLinks, de PvdA, de VVd en D66 hadden om nadere toelichting van de toevoeging gevraagd en bij nader inzien kan de regering zich vinden in de opvatting van deze fracties dat het aspect 'duurzaam' geacht kan worden deel uit te maken van het vereiste van 'weloverwogenheid' (*Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen*, 26 691, nr. 6: 56.

[182] Hiermee lijkt de regering aansluiting te zoeken bij de bevindingen van de toetsingscommissies en van de evaluatie van SCEA.

[183] Wat betreft verschillen tussen dit voorstel en voorgaande wijzen de ministers erop dat de verslaglegging nu niet langer genoemd wordt in het lijstje van zorgvuldigheidseisen. Dit motiveren zij met erop te wijzen dat verslaglegging middels de meldingsprocedure is geregeld.

ontwikkelingen worden nauwlettend in de gaten gehouden. Ten slotte zeggen de ministers een nieuw, het derde, landelijk onderzoek toe.[184]

De leden van de Tweede Kamer tonen zich zeer tevreden met de wijziging die de regering heeft aangebracht wat betreft de minderjarigen. Verder tonen leden zich verheugd over het nieuwe toegezegde onderzoek. Op een aantal punten blijft er kritiek. Zo zijn sommige leden niet tevreden met de status van de wilsverklaring, hebben sommigen bezwaar tegen het opzij zetten van het Openbaar Ministerie en wordt er opnieuw gesteld dat de wetswijziging mogelijk strijdig is met artikel 2 EVRM. Verder verwoorden steeds meer kamerleden hun bezorgdheid over de onduidelijkheid van het perspectief waaruit de wet geschreven is. Beoogt ze nu vooral de arts of vooral de patiënt te beschermen? Ook levensbeëindiging vanwege dementie blijft voor een aantal parlementariërs een probleem. Ten slotte tonen met name de RPF, het GPV en de SGP zich teleurgesteld omdat de extra waarborgen die zij vragen als niet nodig terzijde worden geschoven.

Op 30 oktober wordt de voorbehandeling van het wetsvoorstel afgerond met een wetgevingsoverleg. Uitgerekend op deze dag volgt de uitspraak in een rechtszaak waar de ‘klaar met leven’ problematiek aan de orde komt: de zaak Sutorius/Brongersma.

De zaak Sutorius/Brongersma

Op 22 april 1998 is de huisarts Sutorius – een neef van de strafjurist - een van zijn patiënten - de ex-senator Brongersma - behulpzaam geweest bij diens zelfdoding. Sutorius doet dit na een reeks van gesprekken met Brongersma en nadat een psychiater geconstateerd heeft dat Brongersma niet lijdt aan en psychiatrische aandoening - met name een depressie - en een tweede huisarts met Brongersma heeft gesproken. Sutorius heeft zijn handelen gemeld bij de lijkschouwer.

Als diagnose heeft Sutorius opgegeven: “eenzaamheid, gevoel van zinloosheid, fysieke achteruitgang, een lang bestaande doodswens bij afwezigheid van depressie”. Ten aanzien van het lijden meldt hij: “het lijden wordt door betrokkene iedere dag als ondraaglijk ervaren”. En ten aanzien van de vraag of er nog behandelingsmogelijkheden waren: “Neen, betrokkenen heeft ‘de balans opgemaakt’, er was geen sprake van ziekte”. [185] Het Openbaar Ministerie besluit te vervolgen. [186]

Op 30 oktober 2000 buigt de rechtbank Haarlem zich over deze zaak. De officier van justitie meent dat veroudering, aftakeling en de vrees niet meer over het eigen leven te kunnen beschikken geen redenen zijn voor hulp bij zelfdoding door een arts. Hij vindt dat er geen sprake is van noodtoestand: “deze huisarts is gewoon een grens overgegaan” en eist drie maanden voorwaardelijk.[187]

De rechtbank verwerpt het verweer van de advocaat dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk moet worden verklaard. Er is weliswaar een lange termijn verstreken tussen de

---

[184] *Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen*, 26 691 nr. 6.

[185] Gerechtshof Amsterdam, uitspraak 6 december 2001, rolnr. 23-000667-01.

[186] Sutorius is als SCEN-arts op de hoogte van de eerdere beslissingen om niet te vervolgen in ‘klaar met leven’ situaties. Hij had dan ook verwacht dat de zaak geseponeerd zou worden. Anders had hij, naar zijn zeggen, de lichamelijke kwalen die Brongersma zeker wel had, in zijn verslag bij de melding geprononceerder naar voren gebracht (Crul 2001 Levensmoe). Een andere SCEN-arts spreekt zijn verbazing uit. Hij had een – in zijn ogen – gelijke casus gemeld en werd daarvoor niet vervolgd (Wibaut 2001).

[187] *Trouw* 18 oktober 2000.

melding en de mededeling dat er een gerechtelijk vooronderzoek is gestart, maar Sutorius mocht daaruit niet concluderen dat er geen vervolging zou plaatsvinden.

Ten aanzien van het beroep op noodtoestand van Sutorius overweegt de rechtbank: er was een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek, er zijn twee onafhankelijke deskundigen geraadpleegd, de hulp bij zelfdoding is op medisch zorgvuldige wijze uitgevoerd, de kernvraag is of er sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en of Sutorius een gerechtvaardigde keuze heeft gemaakt. Sutorius heeft gezegd dat hij pas op het verzoek is ingegaan nadat hij zich ervan had overtuigd dat er sprake was van een voor hem, als arts, invoelbaar ondraaglijk lijden door de patiënt. Ook de consulent Wassenberg[188] vond het verzoek (zeer) invoelbaar. De getuige-deskundigen de psychiater De Reus en de emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde Gill stellen dat de aftakeling onomkeerbaar en daarmee niet behandelbaar was en dat een medicamenteuze behandeling niet adequaat dan wel zinloos zou zijn geweest.[189]

De hoogleraar medische ethiek De Beaufort is van mening dat ondraaglijk lijden ook kan bestaan in een sluipende en slepende vorm, die zich kenmerkt door het ontbreken van elk perspectief op verbetering, door algehele uitzichtloosheid. Bij het oordeel of iemand ondraaglijk lijdt is de authenticiteit van de ervaring van betrokkene, hoe het bij zijn persoon en karakter past, en de integriteit van die persoon en zijn beleving een belangrijke factor van overweging, meent zij. Zij komt tot de conclusie dat er goede argumenten zijn om te stellen dat er in dit geval sprake was van ondraaglijk lijden. Volgens De Beaufort bestaat er in de medische ethiek geen consensus over de beantwoording van de vraag of ten aanzien van de ondraaglijkheid van het lijden een enge dan wel ruime definitie dient te worden gehanteerd. Zij onderstreept dat bij het ontbreken van objectieve meetinstrumenten voor het lijden, het hanteren van een ruime definitie beter verdedigbaar is.

De rechtbank neemt op grond van de getuigen-verklaringen aan dat er voor patiënt geen perspectief op verbetering of verandering was en dat zijn situatie derhalve als uitzichtloos kan worden aangemerkt. De vraag of er sprake is van ondraaglijk lijden in deze casus kan niet eenduidig worden beantwoord.

De rechtbank wil zich niet uitlaten over de vraag of over complexe medisch-ethische vraagstukken als de onderhavige ooit sprake zal kunnen zijn van een geldende norm. Zij neemt het standpunt van De Beaufort over, dat er in dit geval goede medisch-ethische argumenten zijn om aan te nemen dat het lijden van patiënt ondraaglijk was. De rechtbank acht beroep op noodtoestand gegrond en ontslaat Sutorius van rechtsvervolging.[190] Het Openbaar Ministerie gaat tegen deze beslissing in hoger beroep.[191]

---

[188] Als getuigen zijn de twee consulenten – de psychiater Noll en de huisarts Wassenberg – gehoord, de emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde Gill, de ethicus De Beaufort en de psychiater De Reus.

[189] Gill heeft in zijn verklaring gezegd dat Sutorius zorgvuldig heeft gehandeld maar ook dat Sutorius met zijn handelen naar de geldende maatschappelijke maatstaven en niet naar de medisch-wetenschappelijke inzichten gehandeld heeft. In zijn optiek zijn levensproblemen geen medische problemen. Gill stelt voorop dat de huisarts nooit een ervaringsdeskundige kan worden op het gebied van deze bestaansvragen.

[190] Rechtbank Haarlem, 30 oktober 2000 - parketnr. 15/035127-99.

[191] Het College van Procureurs-Generaal is van oordeel dat met het vonnis een grens wordt overschreden die zou kunnen leiden tot zelfbeschikkingsrecht voor de patiënt. Het college is er niet van overtuigd dat er in deze casus sprake is van (uitzichtloos) lijden en betwijfelt of dit lijden als ondraaglijk kan worden aangemerkt. In dit verband wijst het college erop dat anders dan in de Chabot-zaak hier geen sprake is van een psychiatrische patiënt, maar van een hoogbegaafde man die geen emplooi meer zag voor zijn kwaliteiten, en overigens blijkbaar ook zijn overlijden zelf wilde beheersen. Het college

Zoals te verwachten roept de uitspraak erg veel commentaren op. De KNMG distantieert zich bij monde van haar voorzitter bijna meteen van het vonnis. Hij schrijft:

> Naarmate het criterium ondraaglijk en uitzichtloos lijden ruimer wordt geïnterpreteerd, komt het verzoek van de patiënt meer centraal te staan en verdwijnt het medisch professioneel oordeel naar de achtergrond. Dat voert ons in de richting van wat de NVVE de “ultieme zelfbeschikking” noemt... We praten dan over een principieel andere visie op het omgaan met de dood, op de rechten van mensen in dat verband en de rol van artsen.[192]

Deze visie wordt, met een andere waardering, gedeeld door de verpleegkundige en publicist Van Dam:

> De zaak-Brongersma zet de euthanasie-praktijk op scherp. Bij euthanasie gaat het om de mens die lijdt aan het leven. En lijden aan het leven kan door ziekte, maar ook door lijden aan te lang leven, levensmoeheid... In de laatste situaties is het lijden minder zichtbaar, maar daarom niet minder erg. In situaties zoals die van Brongersma gaat het om werkelijke waardering van autonomie en gaat het erom of de arts zijn taak lijden te bestrijden tot in de uiterste consequentie serieus neemt.[193]

BEHANDELING 26 691 IN DE TWEEDE KAMER

In het wetgevingsoverleg probeert Rouvoet (RPF) een nieuwe strategie uit. Hij heeft in een gedachte-experiment zijn inhoudelijke bezwaren tegen euthanasie en de legalisering ervan opzijgezet en vooral gekeken naar hoe de wet technisch versterkt kan worden. Vanuit dat perspectief maakt hij een aantal opmerkingen en brengt hij een aantal amendementen in.[194]

Een van de centrale punten in de discussie is of de toetsingscommissie het oordeel ‘zorgvuldig’ kan afgeven wanneer er een – kleine – afwijking is van de zorgvuldigheidseisen. Tegenstanders van het wetsvoorstel menen dat bij iedere afwijking doorverwezen moet worden naar het Openbaar Ministerie – dat alsnog kan besluiten te seponeren. Voorstanders, die redeneren dat de bestaande jurisprudentie wordt vastgelegd, menen dat een afwijking waaraan in de jurisprudentie niet zwaar is getild, door de toetsingscommissies afgedaan kan worden. De ministers blijken van mening te zijn dat kleine afwijkingen niet betekenen dat het oordeel ‘onzorgvuldig’ moet worden gegeven.

---

betwist niet dat het oordeel over de ondraaglijkheid van het lijden subjectief is, maar naar zijn oordeel mag die subjectiviteit in zaken waarin geen sprake is van somatisch of psychiatrisch lijden nooit zo zwaar wegen dat die, ingeval van acceptatie door de medicus, uitmondt in een medische exceptie, en daarmee in een positie die als het ware geen ruimte meer laat voor rechterlijke toetsing op dat punt (*Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen,* 26 691, nr. 24).

[192] *Trouw* 3 november 2000. De gezondheidsjurist Hubben meent dat op terreinen als gebrek aan zinvolheid van het bestaan of kwaliteit van leven geen wetenschappelijk medisch inzicht bestaat en het niet tot de taak van de arts behoort zich daarover een oordeel te vormen. Het valt te hopen, zo vervolgt hij, dat artsen en hun beroepsorganisaties zich die rol ook niet laten opdringen. Het verstrekken van middelen aan mensen die, zonder dat sprake is van ziekte, geen levensperspectief meer zien en uitgeleefd zijn, is geen aangelegenheid van artsen. De medicalisering hiervan vormt een ernstige bedreiging van de Nederlandse discussie over euthanasie (Hubben 2000: 2001).

[193] Van Dam 2001.

[194] *Handelingen Tweede Kamer 1999-2000, Bijlagen*, nr. 10 tot en met 17. De amendementen van Van der Vlies (SGP) en Rouvoet (RPF) betreffen onder andere het verplicht stellen van het aanbieden van palliatieve zorg, het vergroten van de rol van verplegenden en verzorgenden bij de beslissing tot euthanasie, en een betere regeling aangaande gewetensbezwaarden.

Het idee van de toetsingscommissies ligt *sowieso* nog onder vuur. GroenLinks spreekt op een wat negatieve manier van 'lekenrechtspraak' en wil de werkzaamheden van de toetsingscommissies – onder andere door middel van een ook voor anderen raadpleegbare databank – beter controleerbaar maken. De VVD, die niet zo optimistisch is over toename van de meldingsbereidheid bepleit een andere samenstelling van de commissies. Zij denkt daarbij met name aan meer artsen. Anderen pleiten voor een specialist in palliatieve zorg en weer anderen opnieuw voor verpleegkundigen. Een terugkerend onderwerp is ook of onenigheid binnen de commissies niet naar buiten gebracht moet worden. CDA en D66 zijn voorstanders van deze mogelijkheid.

Een ander punt in het debat is of dit wetsvoorstel nu gezien moet worden als een sluitstuk van de discussie. Met name de christelijke partijen en de SP vrezen dat het wetsvoorstel geen sluitstuk vormt. Zij denken dat ontwikkelingen als 'de pil van Drion' er rechtstreeks op kunnen voortbouwen. Verder vrezen zij een ontwikkeling in de richting van toetsing vooraf.

Beide ministers benadrukken dat in dit voorstel 'de pil van Drion' niet gelegaliseerd wordt. Uit hun antwoorden blijkt echter wel hoe verschillend zij in dat debat staan. Minister Korthals van Justitie (VVD) maakt in zijn antwoord een onderscheid tussen tegemoetkomen aan de gedachte van zelfbeschikking van de patiënt en het zelfbeschikkingsrecht. Van het laatste is in het wetsvoorstel in zijn optiek geen sprake. Hij expliciteert nogmaals de betekenis van de termen 'uitzichtloos' en 'ondraaglijk' lijden. De beide termen vormen elk een noodzakelijke maar op zichzelf niet voldoende voorwaarde voor de inwilliging van het verzoek. Op vragen van kamerleden die refereren aan het Schoonheim-arrest stelt hij dat 'verdergaande ontluistering' en 'niet meer waardig kunnen sterven' ook onder het uitzichtloos en ondraaglijk lijden vallen. Echter

> het enkele vooruitzicht op lijden, ongeacht of dit zal voortvloeien uit pijn, ontluistering of angst voor een onwaardige dood, kan ... niet als uitzichtloos en ondraaglijk lijden worden aangemerkt. Dit geldt eveneens voor een hoogbejaarde die klaar is met het leven.... We gaan niet zo ver dat wij van mening zijn dat eenieder die geen levenswil meer heeft, dan ook de gereguleerde mogelijkheid moet hebben om het leven te doen beëindigen....[195]

Minister Borst van Volksgezondheid Welzijn en Sport (D66) denkt er iets anders over, getuige haar overdenkingen ten aanzien van iemand die lichamelijk gezond is en die voorzover bekend ook psychisch gezond is, maar die toch het leven niet langer vol kan houden. Zij denkt dat zo iemand niet echt ziek is, "maar een reëel punt heeft" waarvoor zij niet weg wil lopen en zeggen "nooit helpen".[196] In haar optiek is dit onderwerp nog niet uitgediscussieerd in de samenleving en is het dus nog te prematuur het nu al te willen regelen.

---

195 *Handelingen Tweede Kamer 2000-200, Bijlagen,* 26 691, nr. 22: 59-60. Naar aanleiding van een andere vraag merkt hij nog op:

> een onomkeerbare lichamelijke aftakeling die ondraaglijk psychisch lijden tot gevolg heeft is iets anders dan klaar zijn met leven. . . in het geval van de heer Brongersma was geen sprake van ontluisterende aftakeling... de noodzaak om zelfzorg te verruilen voor verzorging door andere... kan op zichzelf beschouwd geen uitzichtloos en ondraaglijk lijden vormen.

196 *Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen,* 26 692, nr. 22: 76. Borst zal ten aanzien van de 'pil van Drion' nog een voortrekkersrol gaan uitoefenen. Het parlementaire debat is nog niet achter de rug of ze laat weten dat het maatschappelijk debat over de pil van Drion gevoerd moet gaan worden (*NRC- Handelsblad* 14 april 2001) een idee dat onmiddellijk omarmd wordt door de NVVE (*Trouw* 17 mei 2001).

Op 21, 22 en 23 november 2000 vindt het debat plaats in de Tweede Kamer.[197] Daar het wetgevingsoverleg niet alleen technisch maar ook inhoudelijk van aard is geweest, keren veel aldaar besproken thema's terug: zo speelt opnieuw de Brongersma-zaak een grote rol; blijft men de status van de wilsverklaring onduidelijk vinden, is de vraag of het oordeel 'zorgvuldig' gegeven kan worden bij kleine afwijkingen van de zorgvuldigheidseisen omstreden, blijft men klagen over het perspectief van de wet - voor de patiënt of voor de dokter, en ook deze keer speelt de vraag in welke fase men zich bevindt: is dit wel de afsluiting? [198]

Bij de stemming op 28 november 2000 wordt het voorstel aangenomen met 104 stemmen voor en 40 stemmen tegen.[199] Twee amendementen, een betreffende de jaarverslagen van de toetsingscommissies en een betreffende de wilsverklaring, worden eveneens aangenomen.[200]

Meteen daarop aansluitend, 28 november 2000, beginnen de werkzaamheden van de Eerste Kamer ten aanzien van het wetsvoorstel Wet toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.[201] Het debat is zowel in de voorbereiding als in de plenaire zitting van 9 en 10 april 2001 niet veel anders dan dat in de Tweede Kamer en het wetsvoorstel wordt aangenomen met 46 tegen 28 stemmen.[202]

De acceptatie van het wetsvoorstel zorgt in het buitenland voor nogal wat ophef. Zo spreekt het Mensenrechtencomité van de Verenigde Naties in augustus 2001 zijn bezorgdheid uit over de wet, met name het beschermingsgehalte van de zorgvuldigheidseisen.[203] In

---

[197] Het voorstel is dan op kleine punten veranderd. Zo is in de zorgvuldigheidseisen opgenomen dat de uitvoering van de euthanasie en hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig dienen te verlopen en is bepaald dat de toetsingscommissies ieder jaar vóór 1 april een verslag uitbrengen (*Handelingen Tweede Kamer 2000-2001*, 26 691, nr. 25).

[198] CDA en SP proberen een aantal keren een verband te leggen tussen de tekorten in de zorg en de vraag naar euthanasie. Dit verband wordt door de partijen die voor wetswijziging zijn verontwaardigd van de hand gewezen.

[199] *Handelingen Tweede Kamer 2000-2001*: 2374. Er wordt hoofdelijk gestemd. Vóór stemmen D66, GroenLinks, PvdA – behalve Apostolou – en VVD; tegen CDA, GPV, RPF, SGP en SP.

[200] Het ene is van Halsema (GroenLinks). Halsema meent dat, in het belang van de publieke en politieke controle, transparantheid van de werkwijze, met name de wijze van toetsing, door de regionale toetsingscommissie onmisbaar is. Dit dient door de ministers gewaarborgd te worden door middel van het vastleggen in een model welke informatie in de jaarverslagen moet zijn opgenomen (*Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen,* 26 691, nr. 34). Het andere, van Dittrich, betreft de wilsverklaring. Ditrich wil er geen onduidelijkheid over laten bestaan dat indien een patiënt een wilsverklaring heeft opgesteld, alle zorgvuldigheidseisen in acht moeten worden genomen voordat de arts het verzoek honoreert (*Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen,* 26 691, nr. 35).

[201] Alvorens de beraadslagingen te openen deelt de voorzitter mee dat ongeveer 75.000 reacties zijn ontvangen. Deze variëren van beschouwingen van organisaties, verenigingen en kerkelijke gezindten tot adhesiebetuigingen en afwijzingen van individuele burgers. Er zijn ongeveer evenveel reacties voor als tegen het wetsvoorstel binnengekomen.

[202] *Handelingen Eerste Kamer 2000-2001:* 1295. Ook deze keer stemmen D66, GroenLinks, PvdA en VVD voor en de christelijke partijen tegen.

[203] De regering stelt deze zorg te delen en de punten die het comité aansnijdt zorgvuldig in de gaten te zullen houden. De regering wijst erop dat het comité de rechtmatigheid als zodanig van de wetgeving niet in twijfel heeft getrokken (*Handelingen Tweede Kamer 2000-2001, Bijlagen*, 26 691, nr. 42).

Nederland zelf is de reactie eigenlijk tamelijk lauw. De verklaring hiervoor is waarschijnlijk dat er in de praktijk vrijwel niets verandert.[204]

HET TWEEDE JAARVERSLAG VAN DE REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES

Kort na de acceptatie van de wet in de Eerste Kamer verschijnt het tweede jaarverslag van de toetsingscommissies. De toetsingscommissies melden dat er 2123 gevallen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn gemeld. Het aantal meldingen is daarmee opnieuw licht gedaald. In drie gevallen is geoordeeld dat door de arts niet zorgvuldig is gehandeld. Het betrof hier één geval waarbij volgens de commissie naar heersend medisch inzicht geen sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. In de twee andere zaken was de uitvoering niet zorgvuldig. Het Openbaar Ministerie heeft de drie zaken geseponeerd.[205]

Naast de drie gevallen die als onzorgvuldig zijn aangemerkt, zijn 12 gevallen wegens kleinere onvolkomenheden onder de aandacht van de inspectie voor de gezondheidzorg gebracht. Verder is 15 maal een arts uitgenodigd om zijn melding te komen toelichten.

De bedoeling van de toetsingsregeling is om naast maatschappelijke controle op de euthanasiepraktijk de kwaliteit van dit handelen te bewaken en te bevorderen.[206] Deze taak is vormgegeven door het geven van lezingen, het bijdragen aan de opleiding van SCEN-artsen, het publiceren van artikelen, het maken van opmerkingen in de oordelen, het aan de betreffende arts toezenden van het KNMP-rapport als een in de ogen van de commissie ongeschikt middel is gebruikt, en het maken van opmerkingen over de kwaliteit van de verslagen van arts en consulent.

In dit verslag wordt een aantal gevallen beschreven om zo inzicht te geven in de problematiek die de toetsingscommissies tegenkomen en hoe zij de verschillende zorgvuldigheidseisen interpreteren en toepassen.[207]

---

[204] Desalniettemin klaagt de voormalig secretaris-generaal van de KNMG, Van Berkestijn, erover dat steeds meer mensen menen dat euthanasie nu een claimrecht is geworden. Ook anderszins komen uit artsenkringen opmerkingen dat ze zich onder druk gesteld voelen door patiënten en dat ze nu minder dan voorheen geneigd zijn euthanasie toe te passen. Een voorbeeld van het eerste is het artikel ‘De wrange smaak van de zoete dood. Euthanasie onder druk van een verwijtende familie’ van een anonieme huisarts in *Medisch Contact* 2001: 1704-1706. De journalist Oostveen tekent het tweede op uit monden van SCEA-artsen (M. Oostveen, ‘Spijt. Voorvechters van de euthanasiepraktijk bezinnen zich’, *NRC-Handelsblad* 10 november 2001).

[205] De gemiddelde tijd tussen ontvangst van de melding en verzending van het oordeel van de commissie was 28 dagen. Afgesproken is dat indien een commissie overweegt het oordeel ‘niet zorgvuldig’ uit te spreken, het conceptoordeel eerst voorgelegd wordt aan alle commissieleden, dus ook aan de plaatsvervangende leden. Het conceptoordeel wordt vervolgens toegezonden aan de overige vier voorzitters die het, indien zij daartoe aanleiding zien, van commentaar voorzien. Bovendien is tussen de commissies overeengekomen dat, indien een commissie overweegt het oordeel ‘niet zorgvuldig’ uit te spreken, aan de meldend arts altijd de gelegenheid wordt geboden de zaak nader mondeling toe te lichten. Ten slotte is er in het voorzittersoverleg regelmatig gediscussieerd over een bepaald middel – Dormicum - dat vaak gebruikt wordt bij euthanasie en waar men slechte ervaringen mee heeft. Het beleid is dat artsen die dit middel gebruiken een tekst van de KNMP – die het middel afraadt - toegestuurd krijgen of een artikel met dezelfde strekking.

[206] In totaal hebben de commissies zich 11 maal niet-bevoegd verklaard. In tien gevallen was er sprake van een wilsonbekwame patiënt en eenmaal was er geen uitdrukkelijk verzoek (*Handelingen Tweede Kamer 2001-2002, Bijlagen,* 26 691, nr. 43: 3).

Ook al is er van tevoren veel kritiek geweest op het idee van de toetsingscommissies, inmiddels moet vriend en vijand erkennen dat door middel van de jaarverslagen en doordat ook anderen dan juristen nu bij de toetsing betrokken zijn, veel meer kennis over de praktijk van het levensbeëindigend handelen bereikbaar wordt voor geïnteresseerden.

Sutorius voor het Gerechtshof Amsterdam

In november vindt de behandeling in hoger beroep plaats van de zaak tegen de huisarts Sutorius die de ex-senator Brongersma geholpen heeft bij zelfdoding. In zijn vonnis van 6 december 2001 vernietigt het hof Amsterdam het vonnis van de rechtbank Haarlem waarbij Sutorius ontslagen werd van rechtsvervolging. Om tot een oordeel te komen heeft het hof de hoogleraar gezondheidsrecht Legemaate en de hoogleraar integratie geneeskundige zorg voor chronisch zieken Spreeuwenberg gevraagd rapport uit te brengen naar aanleiding van drie vragen.

De vragen zijn:

> 1. Is een arts gelegitimeerd en zo ja, waaraan ontleent een arts zijn legitimatie om een dringend verzoek tot euthanasie of hulp bij zelfdoding te honoreren in gevallen waarbij het ondraaglijk lijden kennelijk niet een somatisch en psychiatrisch classificeerbare oorzaak heeft?
> 2. Kan, mag of moet – en zo ja, in hoeverre – een arts het tot zijn taak rekenen om desgevraagd euthanasie toe te passen, dan wel hulp bij zelfdoding te verlenen aan een daarom verzoekende hoogbejaarde patiënt met een lang bestaande doodswens, wiens invoelbaar lijden, afgezien van enige niet behandelbare fysieke aftakelingsverschijnselen, in hoofdzaak wordt bepaald door psychische componenten, zoals met name het als onverdraaglijk beleefde dagelijkse besef van de zinloosheid van een eenzaam, leeg bestaan en de angst daarmee nog jarenlang te moeten voortleven?
> 3. Bestaat er een zekere mate van consensus binnen de beroepsgroep van artsen omtrent het antwoord op deze vragen?

Legemaate antwoordt de vraag naar het gelegitimeerd zijn van de arts in een ‘klaar met leven’ situaties ontkennend. Hij meent – in zijn antwoord op de tweede vraag – dat de genoemde elementen een rol mogen spelen in de overwegingen en handelingen van de arts, maar dan binnen het kader van de beschreven legitimatie van de arts. Van ‘moeten’ is nimmer sprake. Hij stelt ten slotte dat er geen uitspraken kunnen worden gedaan over de heersende opvattingen onder artsen omdat er geen onderzoeksgegevens over zijn. Hij schat in dat de discussie over dit probleem zich in de beginfase bevindt en dat er (nog) geen sprake is van brede acceptatie onder artsen van de aanvaardbaarheid van hulp bij zelfdoding in de genoemde situaties.

Ook Spreeuwenberg beantwoordt vraag 1 ontkennend. Hij meent dat de vraagstelling uitdrukkelijk niet betrekking heeft op het terrein van artsen. Artsen hebben hier dus zeker geen verplichting tot hulp bij levensbeëindiging. Hij meent dat alleen dan als het lijden aan de uitzichtloosheid van het bestaan toegeschreven kan worden aan een psychische afwijking en stoornis, er mogelijk een rol van de arts is weggelegd. Naar zijn oordeel bestaat er over alle aan de orde zijnde vragen binnen de beroepsgroep van artsen in Nederland geen consensus.

De raadsvrouw bepleit opnieuw dat het Openbaar Ministerie niet-ontvankelijk wordt verklaard. Zij motiveert dat door erop te wijzen dat er in vergelijkbare gevallen geen

vervolging is ingesteld en dat vijf deskundigen hebben gezegd dat Sutorius zorgvuldig gehandeld heeft. Het hof volgt deze redenering niet.

Sutorius doet een beroep op noodtoestand, op het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid en op rechtsdwaling. Dit laatste vanwege de onduidelijkheid van het begrip 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden'.

In zijn overweging aangaande het beroep op noodtoestand gaat het hof vooral in op de vraag of deze hulp bij zelfdoding – een waarin sprake was van "existentieel lijden" - binnen het competentieterrein van de huisarts ligt. Het hof is van mening dat het aan Sutorius kan worden toegegeven dat de integrale zorg die een huisarts aan zijn patiënt verleent, betekent dat die arts zich het lijden van de patiënt aantrekt en zal proberen dat lijden te verlichten, ook wanneer het om existentieel lijden in de zin van ontbrekend levensperspectief gaat. In het laatste geval zal de huisarts zich echter dienen te realiseren dat hij zich op een terrein begeeft dat buiten zijn (medisch) professionele competentie ligt. Het hof meent dat in een dergelijke casus de huisarts andere hulpverleners moet inschakelen. In ieder geval aanvaardt het hof het niet als juist dat een huisarts zich zelfstandig – als medicus – een oordeel vormt over de ondraaglijkheid, de uitzichtloosheid en onbehandelbaarheid van lijden dat zijn oorzaak niet of niet in overwegende mate vindt in een somatische en/of psychische aandoening. Het hof aanvaardt dit niet omdat hierover geen wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht bestaat. Om die reden kan, volgens het hof, geen steun gevonden worden in het Chabot-arrest waarin wordt overwogen dat het lijden in zoverre moet worden geabstraheerd van de oorzaak daarvan dat de oorzaak van het lijden niet afdoet aan de mate waarin het lijden wordt ervaren. Naar het oordeel van het hof kan deze overweging niet los gezien worden van de medische context van dat arrest.

Het hof is verder van mening dat Sutorius in een te vroeg stadium zijn medewerking aan het verzoek heeft toegezegd en zichzelf wellicht in een dwangpositie heeft gemanoeuvreerd. Van een noodtoestand in de vorm van conflict van plichten was op dat moment geen sprake, zodat het beroep op overmacht moet worden verworpen.

Het hof verwerpt ook het beroep op het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid. In het geval dat met het verweer bedoeld word dat Sutorius gerechtigd was om te voldoen aan de hogere belangen, kan deze daarachterliggende opvatting niet beschouwd worden als maatschappelijk zo algemeen aanvaard, dat op grond daarvan de door hem verleende hulp bij zelfdoding reeds op zichzelf rechtens toelaatbaar zou zijn.

Ten slotte verwerpt het hof het beroep op rechtsdwaling. Sutorius wist dat het hier geen 'klassiek' euthanasieverzoek betrof. Het hof is van oordeel dat de hulp bij zelfdoding in deze casus een strafbaar feit vormt en dat er geen omstandigheden aannemelijk zijn geworden die de strafbaarheid van Sutorius uitsluiten. Maar, zo oordeelt het hof, er is geen aanleiding straf op te leggen.[208] Sutorius gaat in cassatie bij de Hoge Raad.

TER AFSLUITING

Op 1 april 2002 is de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in werking getreden. Na 32 jaar publiek debat en 18 jaar politieke pogingen om de veranderde

[208] Gerechtshof Amsterdam 6 december 2001, rolnr. 23-000667-01. De advocaat-generaal stelt nadrukkelijk dat hij de arts niet aan de schandpaal wil nagelen en dat hij het Openbaar Ministerie wil vragen diens proceskosten te vergoeden (*Algemeen Dagblad* 7 december 2001).

opvattingen omtrent euthanasie om te zetten in een wet, zijn de voorstanders van euthanasie erin geslaagd een wettelijke regeling tot stand te brengen.

Opvallend aan de parlementaire behandeling is de uitvoerigheid en gedetailleerdheid ervan. Het lijkt erop alsof men met de enorme hoeveelheid woorden en de voortdurende herhaling ervan, heeft willen aangeven zich zeer goed bewust te zijn van de ernst van de situatie. In feite – en dat was te merken aan de tamelijk lauwe publieke belangstelling – veranderde er weinig.

Het meest opzienbarende aan de periode 1994-2002 is het feit dat de 'paarse coalitie' niet onmiddellijk overgaat tot wetswijziging. Dit kan verklaard worden vanuit de Nederlands politieke cultuur. Het streven politieke minderheden niet voor het hoofd te stoten is bij deze nieuwe coalitie onverminderd sterk aanwezig als bij andere coalities. Ook wanneer het CDA geen regeringspartij is spelen de belangen die het CDA vertegenwoordigt nog een grote rol. Overigens vinden deze belangen ook steun in de regeringspartijen, in het bijzonder de PvdA, waarvan minister-president Kok bekend staat als nogal terughoudend met betrekking tot deze materie.

Zoals veel Nederlandse politieke processen is het proces van wetsverandering met betrekking tot euthanasie gekenmerkt door dralen, uitstellen en adviesaanvragen. Voor de praktijk heeft dat geen grote negatieve gevolgen gehad - euthanasie was immers al middels de rechterlijke macht gelegaliseerd. Praktisch heeft het wel een aantal voordelen gehad. Technisch zit de nieuwe wet - waar de zorgvuldigheidseisen niet meer in het Wetboek van Strafrecht staan – beter in elkaar dan de voorgaande wetsvoorstellen. Het domein van de wet is beter bekend – alhoewel er meteen discussie ontstond of 'de pil van Drion' er onderdeel van uitmaakt. En in de loop van het politieke proces zijn instrumenten ter toetsing van levensbeëindiging ontwikkeld.

Ten aanzien van het controleregime zijn er in de periode 1994-2002 grote veranderingen opgetreden. Eerst de invoering van een speciaal op euthanasie toegesneden meldingsprocedure in 1994, dan de instelling van de toetsingscommissies in 1998 en ten slotte in 2002 de inwerkingstelling van de nieuwe wet met een wettelijk verankerde, versterkte positie van de toetsingscommissies. Het idee van toetsing buiten het strafrecht is een oude wens binnen de KNMG. In 1996 neemt het kabinet dit idee over als een middel om vooral de meldingsbereidheid te vergroten. Het wordt dan met zeer gemengde gevoelens ontvangen. Het idee wordt vervolgens meegenomen in de wet die de strafbaarstelling voorwaardelijk opheft. Deze in eerste instantie nogal pragmatische oplossing voor het probleem van het lage meldingscijfer – een oplossing die tot nu toe bovendien niet blijkt te werken – heeft achteraf als positief resultaat dat in een gelegaliseerde situatie, een geschikt controle-instrument voor handen is.

Een tweede opvallend kenmerk aan de periode 1994-2002 is dat duidelijk is dat het terrein van het levensbeëindigend handelen op verzoek nog niet tot rust is gekomen. Dit is met name het geval wat betreft euthanasie bij dementie en wat betreft humane zelfdoding zonder directe betrokkenheid van dokters. Wat betreft de eerste groep draagt de nadere invulling van wat men moet verstaan onder wilsbekwaamheid bij aan een mogelijke ontwikkeling. Wat betreft euthanasie bij dementen zijn in de wettekst en in de jurisprudentie - met name de desbetreffende casus in de tuchtzaak tegen mevrouw Mulder-Meiss en het sepot in de casus die Van der Meer c.s. beschrijft - enige aanknopingspunten te vinden. Het lijkt cruciaal om tijdig een wilsverklaring op te stellen en het moment van de levensbeëindiging goed te plannen. Dat betekent dat de uitvoering plaats moet vinden vóór het moment dat men definitief wilsonbekwaam is.

Duidelijk is dat niet alle mensen die dood willen onder verwijzing naar de nieuwe wet hulp zullen krijgen. De eis van de terminale fase – die weliswaar geen steun vindt in de rechtspraak – wordt door veel artsen wel gesteld. Dat heeft niet alleen betekenis voor mensen met een psychiatrisch lijden maar ook voor oude mensen die niet meer verder willen en chronisch zieken met een ernstig lijden. Op dit terrein is er in de toekomst nog wel het een en ander te verwachten, getuige de nieuwe taak die de NVVE voor zichzelf weggelegd ziet.

Ook in de laatste jaren van het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie zijn er rechtszaken blijven spelen. Deze rechtszaken weerspreken – wederom - het idee dat er een relatie is tussen het veranderingsproces en het opportuniteitsbeginsel. Het is niet het afzien van vervolging dat Nederland uniek maakt, maar juist het vervolgen.

Vervolgen heeft in het laatste decennium echter wel vaak een politieke tint gehad. Niet alleen Hirsch Ballin – die de regels wilde aanscherpen – maar ook Sorgdrager – die veeleer de grenzen wilde verleggen – hebben gebruik gemaakt van hun recht vervolging te eisen. Het resultaat van Hirsch Ballins politiek is in het vorige hoofdstuk aan de orde geweest. Het resultaat van die van Sorgdrager is dat er omtrent levensbeëindiging bij pasgeborenen een bepaalde mate van duidelijkheid is geschapen en dat er een begin is gemaakt aan jurisprudentie wat betreft de ‘1000 van Remmelink’.

Ten aanzien van de vervolgingspolitiek valt nog iets anders op: het sluimerend conflict binnen het Openbaar Ministerie over de verhouding tussen de individuele verantwoordelijkheid van de officier van justitie en de aanwijzingsbevoegdheid van de minister is een aantal keren bij zaken over levensbeëindiging naar boven gekomen. Functionarissen van het Openbaar Ministerie (met name Korvinus en Drenth) hebben incidenteel het hoofd in de nek geworpen. Verder hebben ook rechters een aantal keren uiting gegeven aan hun onlustgevoelens omtrent het vervolgingsbeleid, vooral de grote vertragingen en soms ook het tamelijk willekeurige karakter ervan.

Nederland bouwt niet alleen jurisprudentie op omtrent levensbeëindigend handelen door artsen maar het is ook het land waarover de meeste informatie bestaat wat betreft dit terrein. Tussen het eerste onderzoek – 1990 – en het tweede onderzoek – 1995 – is er wat betreft de getallen niet heel veel veranderd. Er is een lichte tendens naar meer erkenning dat levensbeëindiging wordt toegepast en een lichte verandering in de verhouding tussen levensbeëindiging met en levensbeëindiging zonder verzoek. Deze getallen wijzen erop – en zeker als men ze vergelijkt met de sporadische cijfers die bekend zijn van het buitenland – dat er geen indicaties zijn dat Nederland op het hellend vlak zit wat betreft levensbeëindigend handelen door artsen.

Samenvatting en nabeschouwing

1 Inleiding

Euthanasie – in 1985 door de Staatscommissie Euthanasie gedefinieerd als 'opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek' – en hulp bij zelfdoding zijn door de wetgever in 1886 in de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht aangemerkt als misdrijven tegen het leven. Tot in de jaren zeventig van de twintigste eeuw worden deze strafrechtelijk verboden nauwelijks gebruikt noch bekritiseerd, maar vanaf dan komt er een proces van rechtsverandering op gang dat in de jaren tachtig leidt tot de legalisering van euthanasie door de rechterlijke macht. Een legalisering die in 2001, na bijna twintig jaar politiek debat wordt vastgelegd in de Wet Toetsing Levensbeëindigend Handelen op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding.

De indeling van het boek

De geschiedenis van deze rechtsverandering is het onderwerp van dit boek. Deze geschiedenis wordt – na een hoofdstuk over het juridisch en ethisch kader – beschreven in acht hoofdstukken die vier periodes vertegenwoordigen: een eerste periode (1945-1970) – beschreven in hoofdstuk 2 - waarin euthanasie nauwelijks onderwerp van gesprek was; een tweede periode (1970-1982) – beschreven in de hoofdstukken 3 en 4 - waarin veel gediscussieerd werd over euthanasie maar nauwelijks overeenstemming bestond over wat onder de term verstaan moest worden, een periode bovendien waarin de eerste belangrijke rechtszaken plaatsvinden; een derde periode (1982-1989) – beschreven in drie hoofdstukken - waarin de legalisering via de rechterlijke macht plaats vond; en tenslotte de vierde periode (1989-2002) – beschreven in de hoofdstukken 8 en 9 - waarin gepoogd werd een politiek compromis te bereiken en waarin uiteindelijk een wet werd aangenomen.

Rode draad

Alhoewel euthanasie een controversieel onderwerp is, wordt het proces van rechtsverandering gekenmerkt door gematigdheid en een coöperatieve houding van nagenoeg iedere betrokken participant. Het proces vormt een typisch voorbeeld van de Nederlandse wijze van omgaan met ideologisch zwaar beladen onderwerpen, namelijk het probleem ontdoen van zijn controversiële lading. Het controversiële karakter van euthanasie bepaalt op nog een geheel andere wijze het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie: de legalisering geschiedt – in eerste instantie – door de rechterlijke macht.

In deze samenvatting wordt, met een nadruk op de totstandkoming van wat bekend is geworden als de 'zorgvuldigheidseisen', inzicht gegeven in de wijze waarop verschillende participanten - rechterlijke macht, het Openbaar Ministerie, de artsenorganisatie KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst), de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE), politieke organisaties en een aantal individuen - hebben bijgedragen aan de rechtsverandering.

De definitie van de term

In de eerste zeventig jaar van de twintigste eeuw werden met het begrip 'euthanasie' vele vormen van medisch handelen rondom het levenseinde aangeduid. Vanaf de jaren zeventig zijn er pogingen gedaan te komen tot een meer precieze begripsbepaling. Enerzijds werd medisch handelen rondom het levenseinde, dat als 'normaal medisch handelen' werd gezien niet langer aangeduid als 'euthanasie'. Zo ontstond er overeenstemming over de volgende zaken: de dood als neveneffect van pijnbestrijding ('indirecte euthanasie'), valt niet onder de noemer 'euthanasie'; en het stoppen of niet inzetten van een levensverlengende medische behandeling ('passieve euthanasie') - óf omdat die medisch zinloos of buitenproportioneel is, óf omdat een patiënt weigert een bepaalde behandeling te ondergaan - is evenmin 'euthanasie'. Anderzijds werden medische handelingen die juist als zeer problematisch werden beschouwd zoals levensbeëindiging zonder verzoek, niet langer gerekend tot de euthanasie. Dit proces van uitsluiting heeft geleid tot bovengenoemde definitie van euthanasie. Een definitie die duidelijk maakt welke politieke eis inzet van debat wordt: wijziging van artikel 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht.

Strafuitsluitingsgronden

Het is niet vanaf het begin evident welke nadere invulling deze politieke eis dient te krijgen. Strafrechtelijk zijn er drie mogelijkheden voor legalisering van euthanasie. De eerste mogelijkheid is die van de 'medische exceptie': het Wetboek van Strafrecht is niet van toepassing als een dokter volgens de regelen zijner kunst euthanasie toepast. Het voordeel van deze oplossing zou zijn geweest dat er geen splitsing tussen 'normaal medisch handelen' en 'buitengewoon medisch handelen' aangebracht had hoeven te worden . Een splitsing die vanuit controle-perspectief problematisch is. De tweede mogelijkheid die naar voren is gebracht is dat aan het verbod op euthanasie de materiële wederrechtelijkheid is ontvallen: het verbod op de schending van de eerbied die aan het leven verschuldigd is, is niet langer van toepassing in een situatie waarin een patiënt vrijwillig en weloverwogen verzocht heeft aan zijn leven een einde te maken. De derde mogelijkheid betreft een beroep op overmacht (artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht) in de betekenis van noodtoestand: de arts is gedwongen te kiezen tussen twee conflicterende plichten, enerzijds de norm van artikel 293 niet overtreden en anderzijds het lijden van de patiënt verlichten (en diens autonomie respecteren). Deze laatste uitweg heeft de Hoge Raad in 1984 erkend en deze erkenning ligt ten grondslag aan de nieuwe wet.

Het controleregime, de rol van het zelfbeschikkingsrecht en de centrale positie van de arts worden in de onderstaande weergave van de ontwikkeling van de zorgvuldigheidseisen nader voor het voetlicht gebracht.

De beginsituatie

Voor 1970 is er in Nederland – zo blijkt in hoofdstuk 2, 'De vroege discussie over levensbekorting en levensbeëindiging 1945-1970' - nauwelijks gepubliceerd over euthanasie. Zelfs niet in 1952 toen voor het eerst in Nederland een arts terechtstond omdat hij zijn broer geholpen had een einde aan zijn leven te maken. In 1969 verandert deze situatie radicaal en wordt euthanasie onderwerp van publiek debat. Verschillende ontwikkelingen hebben tot deze verandering geleid.

In de jaren zestig vindt er een cruciale kentering plaats in de Nederlandse samenleving. Van een conservatief, traditie-gebonden land verandert Nederland in een proeftuin van sociale en culturele experimenten. Nederland neemt vervolgens een prominente plaats in de seksuele revolutie, de legalisering van abortus, de democratisering van sociale instituties,

het ter discussie stellen van de religieuze autoriteiten enz. Vanaf deze tijd gaan Nederlanders er vanuit dat er naar hen geluisterd wordt wat betreft onderwerpen die hen zelf aangaan. Deze mentaliteitsverandering heeft ook geleid tot een verandering in de arts-patiëntrelatie. De algemene acceptatie – en later de wettelijke vastlegging - van het idee van autonomie van de patiënt maakt deel uit van die laatste verandering.

Het ontstaan van de discussie over euthanasie wordt veelal geassocieerd met de ontwikkeling van medische technologie. Een vrij algemeen gedeelde veronderstelling is dat technologische ontwikkelingen geleid hebben tot medisch-ethische vragen die principieel anders zijn dan eerdere vragen. Technologische ontwikkelingen stellen dokters in staat de dood uit te stellen ook als herstel onmogelijk is. Dit leven, als resultaat van een uitgestelde dood, gaat echter soms gepaard met ondraaglijk, niet te verlichten lijden. Het oude adagium dat het de plicht van de dokter is om leven hoe dan ook in stand te houden komt hierdoor onder druk te staan. Als de eerbied voor het leven niet absoluut hoeft te zijn, als de dokter mag ophouden met een behandeling – dan wel omdat die behandeling medisch zinloos is, dan wel omdat de patiënt de behandeling weigert – dringt de vraag zich op of er een principieel verschil is tussen het nalaten van een daad die het leven verlengt en het verrichten van een daad die het leven bekort.

Met name de lotgevallen van mensen in coma maken de discussie over medisch-ethische kwesties rondom het levenseinde publiek. In Nederland vindt deze publieke discussie voor het eerst plaats in 1966 naar aanleiding van de gebeurtenissen rondom Mia Versluis, een jonge vrouw die na een operatie in een onomkeerbaar coma verkeert.

Het handelen van artsen rondom het levenseinde komt in 1969 definitief op de publieke agenda na het verschijnen van een boek van de zenuwarts/neuroloog Van den Berg en de nagenoeg gelijktijdige publicaties van de medisch-ethicus Sporken en de zenuwarts/neuroloog Prick. Volgens Van den Berg voldoet de 'oude medische ethiek' niet meer en is er behoefte aan een 'nieuwe medische ethiek'. In de nieuwe medische ethiek is het niet langer de plicht om leven hoe dan ook in stand te houden. In Van den Bergs woorden: "Het is de artsen geboden menselijk leven te behouden te sparen en te verlengen, waar en wanneer dat zinvol is." Als het leven niet zinvol meer is heeft de arts in Van den Bergs optiek het recht - zelfs soms de plicht - het leven van een patiënt actief dan wel passief te beëindigen.

2 De ontwikkeling van de 'zorgvuldigheidseisen' en de rol van de KNMG

Vanaf 1970 – zo is te lezen in hoofdstuk 3, 'Euthanasie' in vele gedaanten 1970-1978' – zijn de eisen die gesteld moeten worden aan toelaatbare euthanasie onderwerp van discussie. Het debat over deze 'zorgvuldigheidseisen' wordt gevoerd in rechtszaken, in rapporten van adviesorganen en belangengroepen en door individuen die zich in het debat mengen.

De eerste formuleringen van 'zorgvuldigheidseisen'

De rechtbank Leeuwarden

In 1973 staat mevrouw Postma, een huisarts, terecht omdat ze een einde gemaakt heeft aan het leven van haar moeder die haar daar om verzocht had. Voor de rechtbank verklaart de inspecteur van de volksgezondheid dat de gemiddelde dokter in Nederland het niet meer nodig acht het leven van een patiënt eindeloos in stand te houden. In zijn optiek is pijnbestrijding, ook als daarbij het risico bestaat dat de patiënt eerder overlijdt, onder bepaalde omstandigheden vrij algemeen geaccepteerd in medische kringen. De inspecteur

omschrijft de omstandigheden als volgt: de patiënt is ongeneeslijk ziek; de patiënt lijdt lichamelijk of geestelijk ondraaglijk; de patiënt heeft uitdrukkelijk te kennen gegeven te willen te sterven; de patiënt is medisch gesproken in de stervensperiode; en de toediening van de middelen geschiedt door een arts en liefst de behandelend arts.

De rechtbank Leeuwarden is het in grote lijnen eens met de inspecteur. Alleen de opvatting dat de stervensperiode moet zijn ingetreden wordt door de rechtbank verworpen. De rechtbank veroordeelt mevrouw Postma omdat ze de morfine te snel heeft toegediend. Het vonnis van de rechtbank Leeuwarden is - ondanks de verwarring tussen pijnbestrijding en euthanasie - de eerste officiële formulering van voorwaarden voor een legitieme bekorting van het leven.

De rechtszaak van mevrouw Postma genereert niet alleen een stroom van publicaties over levensbekortend en levensbeëindigend handelen, maar ook het ontstaan van een organisatie die ijvert voor de sociale acceptatie en – als dat bereikt is – de legalisering van euthanasie: de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE).

De bijdragen van belangengroepen en opinieleiders.

De eisen die aan legitieme euthanasie worden gesteld kunnen onderverdeeld worden in inhoudelijke en procedurele eisen. De inhoudelijke eisen refereren aan het verzoek, de situatie waarin de patiënt zich bevindt en de dokter-patiëntrelatie. Vanaf begin jaren zeventig is er algehele overeenstemming over drie kwesties: de patiënt zelf dient een duidelijk verzoek tot levensbeëindiging te doen; de patiënt dient ongeneeslijk ziek te zijn; degene die ingaat op het verzoek dient een arts te zijn.

Ook over de aard van het lijden is niet veel onenigheid. De NVVE stelt in 1978 dat het lijden van de patiënt ‘ondraaglijk en uitzichtloos’ moet zijn; een werkgroep van de KNMG is van mening dat er sprake moet zijn van een lijden niet op een andere wijze verholpen kan worden.

Over de vraag of de patiënt in de terminale fase moet verkeren bestaat geen overeenstemming. Juristen als Leenen en Van Till ondersteunen het idee van de rechtbanken dat de ‘terminale fase’ geen vereiste behoort te zijn voor legitieme euthanasie. Anderen daarentegen zoals de ethicus Sporken en de arts Michels stellen die eis wel. Tot in de jaren negentig zal er onenigheid over deze vraag blijven bestaan. Zo vordert bijvoorbeeld minister van Justitie Hirsch Ballin in 1991 van het Openbaar Ministerie de vervolging van een aantal artsen die euthanasie hebben toegepast terwijl de patiënt niet in de stervensfase verkeerde.

De procedurele eisen refereren onder andere aan consultatie, verslaglegging en melding. Alhoewel in de Postma-zaak noch de inspecteur, noch de rechtbank consultatie van een andere arts als voorwaarde stelde, verwoordt de werkgroep van de KNMG dat een dokter die overweegt om over te gaan tot euthanasie, overleg dient te plegen met een collega. De gezondheidsjurist Leenen meent dat dit een vereiste moet zijn voor legale euthanasie. Hij wijst verder op het belang van zorgvuldige verslaglegging.

De rechtbank Rotterdam

De eerstvolgende formulering van de ‘zorgvuldigheidseisen’ door een rechtbank - beschreven in hoofdstuk 4, ‘De definiëring van het probleem 1978-1982’ - vindt plaats in 1981. In dat jaar staat een activiste van de NVVE - geen arts - terecht voor hulp bij zelfdoding. De rechtbank Rotterdam stelt dat zelfdoding niet noodzakelijkerwijs in alle situaties onacceptabel is en dat de hulp van anderen daarbij soms onvermijdelijk is. Maar, zo meent de rechtbank, in het licht van het verbod in artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht, kan zulke hulp alleen onder bepaalde voorwaarden gerechtvaardigd worden.

In het vonnis benadrukt de rechtbank dat het verzoek om hulp bij zelfdoding vrijwillig, weloverwogen, en duurzaam moet zijn en dat het genomen dient te zijn nadat de patiënt volledig is geïnformeerd over zijn situatie. Ook deze rechtbank verwerpt de eis dat de terminale fase bereikt moet zijn. Andere voorwaarden die in deze rechtszaak genoemd worden zijn: er is sprake van een somatisch of geestelijk lijden; dit lijden is langdurig en ondraaglijk; er zijn geen andere mogelijkheden voorhanden om verbetering in de situatie te brengen; en er is een dokter betrokken bij het besluit tot levensbeëindiging. De rechtbank Rotterdam voegt een nieuwe procedurele eis toe: er mag geen onnodig leed aan anderen toegebracht worden.

De rechtbank is van mening dat mevrouw Wertheim niet aan deze voorwaarden heeft voldaan en veroordeelt haar voor hulp bij zelfdoding.

Na dit vonnis besluit het College van Procureurs-Generaal dat iedere euthanasiezaak die bij het Openbaar Ministerie bekend wordt, naar hen moet worden doorverwezen voor een vervolgingsbeslissing. Het College zal, in het licht van de vonnissen van de rechtbanken Leeuwarden en Rotterdam beslissen, of er al dan niet vervolgd moet worden. Alhoewel er voor dit besluit al euthanasie-zaken geseponeerd zijn, kunnen we pas sedertdien spreken van een seponeringsbeleid.

De bijdrage van de medische professie aan de formulering van de zorgvuldigheidseisen

Er zijn drie typen bronnen beschikbaar die informatie verschaffen over de opvattingen van dokters omtrent de voorwaarden die gesteld moeten worden aan een zorgvuldige euthanasie: artikelen waarin dokters hun opvattingen beschreven hebben; de verklaringen die dokters afgelegd hebben bij rechtbanken; de standpuntbepaling van de overkoepelende artsenorganisatie KNMG. (De artikelen en verklaringen zijn met name beschreven in hoofdstuk 5, ‘De opmaat tot legalisering (1982-1984)’ en de standpuntbepaling van de KNMG staat beschreven in hoofdstuk 6, ‘De cruciale periode (1984-1986)’.)

Individuele artsen

Uit de artikelen en verklaringen van dokters valt af te lezen dat dokters het belangrijk vinden dat de patiënt zelf duidelijk verzoekt te mogen sterven. Dit verzoek kan op meerdere manieren tot uiting komen: soms is er sprake van een schriftelijk verzoek, soms alleen een mondeling. In bijna alle beschreven gevallen geeft de patiënt aan dat het lijden ondraaglijk is en kan de dokter zich deze beleving goed voorstellen.

Als reden voor hun beslissing tot euthanasie noemen artsen, naast de aard van het lijden, het ontbreken van een andere manier om het lijden te verlichten en de vrees dat de patiënt niet meer op een waardige manier zou kunnen sterven. Uit genoemde bronnen valt op te maken dat de terminale fase geen voorwaarde is voor dokters om over te gaan tot euthanasie.

Soms bespreken de dokters de zaak met andere mensen die professioneel bij de patiënt betrokken zijn zoals pastores en verplegend personeel maar slechts een enkele dokter consulteert een onafhankelijke collega. Incidenteel worden verwanten slechts geïnformeerd en niet geraadpleegd aangaande de komende euthanasie, maar in veel gevallen wordt hen om instemming verzocht of wordt hen gevraagd het verzoek van de patiënt te bevestigen.

Na de toepassing van euthanasie vullen dokters vaak een verklaring van natuurlijk overlijden in. Daarmee overtreden zij het verbod op een valse verklaring van overlijden (artikel 228 van het Wetboek van Strafrecht) en verbergen ze de euthanasie voor justitie. Dit betekent echter niet altijd dat niemand op de hoogte wordt gesteld. Als voorbeeld

hiervan kunnen twee dokters dienen die vervolgd zijn voor het afleggen van een valse verklaring inzake overlijden, maar die wel met andere mensen die beroepsmatig bij de patiënt betrokken waren - zoals het hoofd van de verpleging - en met verwanten, gesproken hebben over hun plannen tot levensbeëindiging.

De KNMG
Een nieuw stadium in de ontwikkeling van de zorgvuldigheideisen wordt bereikt in 1984 als het hoofdbestuur van de KNMG een nieuw standpunt met betrekking tot euthanasie publiceert. In deze publicatie benadrukt het hoofdbestuur dat alleen dokters verantwoordelijk kunnen zijn voor levensbeëindigend handelen. Euthanasie wordt door het hoofdbestuur gezien als een handeling die plaats moet vinden binnen een arts-patiëntrelatie.

Wat betreft de zorgvuldigheidseisen sluit het hoofdbestuur aan bij de jurisprudentie tot dan toe. Het hoofdbestuur is van mening dat euthanasie verricht door een dokter verantwoord kan zijn als die dokter bepaalde zorgvuldigheidseisen in acht neemt. Op de eerste plaats moet er sprake zijn van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek; op de tweede plaats van 'onaanvaardbaar' lijden. Waarbij 'onaanvaardbaar' omschreven wordt als blijvend, ondraaglijk en uitzichtloos. Het hoofdbestuur vindt verder het consulteren van een andere arts noodzakelijk en acht het invullen van een valse verklaring van overlijden onaanvaardbaar. In 1992 voegt het hoofdbestuur verslaglegging als zorgvuldigheidseis toe.

Het hoofdbestuur van de KNMG heeft na het bepalen van haar standpunt gepoogd de minister van Justitie te bewegen de toezegging te doen dat artsen die zich houden aan de zorgvuldigheidseisen, niet vervolgd zullen worden. Het hoofdbestuur heeft deze toezegging niet zwart op wit gekregen, en daaruit heeft het geconcludeerd dat wetswijziging – ter wille van de rechtszekerheid van artsen - noodzakelijk is. In afwachting van deze wetswijziging is het hoofdbestuur blijven ijveren voor verbeteringen in de meldingsprocedure - zoals het creëren van de mogelijkheid om naast de verklaring van 'natuurlijke dood' en 'niet-natuurlijke dood', als derde 'toepassing van euthanasie' in te kunnen vullen - en voor vervolgingsrichtlijnen.

De standpuntbepaling van de KNMG in 1984 is uniek in de wereld. Geen andere artsenorganisatie heeft zich positief opgesteld ten opzichte van legale euthanasie; geen andere artsenorganisatie heeft uitgesproken dat de artsen als stand een verantwoordelijkheid hebben op het terrein van de euthanasie; en geen andere artsenorganisatie is er toe overgegaan zorgvuldigheidseisen op te stellen. Een paar redenen die deze *Sondergang* van de KNMG begrijpelijk maken, dringen zich op.

Een verklaring voor het feit dat de KNMG in 1984 de leiding in het publieke debat over euthanasie nam is te vinden in een door James Kennedy gemaakte analyse van de Nederlandse elites in de jaren zestig van de twintigste eeuw. In zijn optiek hadden de Nederlandse elites de neiging om maatschappelijke problemen en crises te interpreteren als tekenen van onvermijdelijke sociale verandering. Na enige aarzeling omarmden zij vervolgens nieuwe ideeën en namen de rol van woordvoerder ervan op zich.

In het proces van rechtsverandering met betrekking tot abortus had de KNMG in de jaren zestig een andere weg gevolgd. De KNMG sprak zich pas uit vóór de mogelijkheid van abortus toen in de praktijk het abortusverbod op grote schaal niet meer nageleefd werd. Achteraf constateerde een groot aantal artsen dat zij in dit debat te weinig bepalend zijn geweest. Bij een volgend debat wilde zij niet weer langs de zijlijn staan.

Daar komt bij dat in het abortusdebat de artsenstand innerlijk verdeeld is geraakt. Een groep artsen, die weliswaar lid bleven van de KNMG, heeft zich toen georganiseerd in het

Nederlands Artsenverbond, een organisatie die levensbeëindigend handelen door artsen principieel afwijst. Een dergelijke splitsing was in 1984 niet meer te vrezen.

Een andere reden die de bijzondere positie van de KNMG begrijpelijk maakt is de tactische manoeuvre die de voorbereidingsgroep bedacht heeft. Zij hebben ervoor gezorgd dat het hoofdbestuur niet een standpunt voor of tegen euthanasie innam, maar in plaats daarvan zorgvuldigheidseisen omschreef. Het effect daarvan is – en dat is typisch Nederlands – dat de discussie binnen de professie ontdaan werd van haar meest gevoelige lading.

Opgemerkt moet worden dat hetgeen de KNMG in 1984 deed, afgezien van het op zich nemen van de verantwoordelijkheid, minder spectaculair is dan het lijkt. In wezen heeft de organisatie niet heel veel anders gedaan dan het in eigen termen overnemen van de zorgvuldigheidseisen die reeds door de rechtbanken geformuleerd waren.

3 De bijdrage van de Hoge Raad aan de legalisering van euthanasie

In november 1984 doet de Hoge Raad der Nederlanden voor het eerst een uitspraak over euthanasie (deze uitspraak is beschreven in hoofdstuk 6). In het Schoonheim-arrest bepaalt de Hoge Raad dat een beroep op noodtoestand (overmacht in de vorm van een conflict van plichten) in principe openstaat voor een arts die euthanasie gepleegd heeft.

De Hoge Raad stelt in deze rechtszaak een aantal vragen centraal: moest worden gevreesd voor een steeds verdergaande ontluistering van de persoon van de vrouw in kwestie; moest worden gevreesd voor een verdere verergering van het toch al ondraaglijke lijden; was te voorzien dat de vrouw weldra niet meer in staat zou zijn op een waardige manier te sterven; en ten slotte waren er nog andere mogelijkheden om haar lijden te verzachten. Het gegeven dat de arts geen onafhankelijke collega had geraadpleegd is in de optiek van de Hoge Raad geen voldoende reden om het beroep op noodtoestand te verwerpen.

In de tweede zaak die voor de Hoge Raad komt, wordt de opvatting dat euthanasie valt onder de ‘medische exceptie’ expliciet verworpen (dit arrest wordt beschreven in hoofdstuk 7, ‘Een voorlopige afronding 1986-1989’). De Hoge Raad meent dat uit de rechtsgeschiedenis blijkt dat het niet de bedoeling is dat het verbod op euthanasie in artikel 293 onder de medische exceptie valt. Verder motiveert de Hoge Raad deze opvatting door te stellen dat er geen consensus bestaat over het idee dat euthanasie een vorm van normaal medisch handelen is.

In weer een andere zaak - eveneens opgenomen in hoofdstuk 7 - brengt de Hoge Raad duidelijkheid over de verklaring van overlijden. De raad houdt een vonnis in stand waarin geoordeeld is dat een dokter het beroep op noodtoestand niet toekomt wanneer hij beschuldigd wordt van het onjuist invullen van de verklaring van overlijden. Een valse verklaring van een ‘natuurlijke dood’ ondermijnt het stelsel van wettelijke controle over levensbeëindigend handelen. Het beroep op de geheimhoudingsplicht wordt verworpen: deze plicht geeft een dokter het recht te zwijgen maar niet het recht om onjuiste informatie te verschaffen.

Tenslotte schept de Hoge Raad in 1994 ook duidelijkheid omtrent de vraag of de ‘terminale fase’ een vereiste is bij legale euthanasie. In de Chabot-zaak - beschreven in hoofdstuk 8, ‘Een politiek van afhouden 1989-1994’ **–** spreekt de Hoge Raad uit dat ook mensen met een psychisch lijden dat niet zijn oorsprong vindt in een somatische oorzaak, in aanmerking kunnen komen voor gerechtvaardigde hulp bij zelfdoding. In een dergelijke casus moet wel extra behoedzaamheid betracht worden.

De arresten van de Hoge Raad hebben duidelijkheid geschapen over de beschikbare rechtvaardigingsgrond en over de voorwaarden waaraan gerechtvaardigde euthanasie moet voldoen. De Raad benadrukt het belang van het verzoek van de patiënt. In termen van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht moet het verzoek “uitdrukkelijk en ernstig” zijn. Het verzoek moet gedaan zijn door de persoon in kwestie; het moet vrijwillig zijn en weloverwogen. Het lijden van de patiënt moet ondraaglijk en uitzichtloos zijn, maar het lijden hoeft niet fysiek te zijn en het hoeft geen somatische oorsprong te hebben. Niet-somatisch lijden kan zaken omvatten als het vooruitzicht van onmenselijk aftakeling en de mogelijkheid niet meer in staat te zijn ‘waardig’ te sterven. Een laatste voorwaarde die genoemd wordt is dat de mogelijkheden van behandeling uitgeput moeten zijn (of afgewezen door de patiënt).

In aanvulling op deze inhoudelijke zorgvuldigheidseisen, moet de dokter die euthanasie toepast ook voldoen aan een aantal procedurele vereisten. De dokter moet er voor zorgen dat hij er zeker van is dat voldaan is aan de inhoudelijke zorgvuldigheidsvoorwaarden; als het lijden van de patiënt van niet-somatische aard is moet de geconsulteerde arts de patiënt zelf onderzocht hebben; na de euthanasie mag de verantwoordelijke arts niet de verklaring van natuurlijk overlijden invullen.

NOODTOESTAND: DE ARTS STAAT CENTRAAL

De juridische oplossing in termen van ‘conflict van plichten’ maakt duidelijk dat de legalisering van euthanasie in Nederland toegesneden is op de arts en niet op de patiënt. Het is de arts die in een conflict van plichten terechtkomt waaruit hij een gerechtvaardigde keuze maakt. De invulling van de plichten die tegenover elkaar staan – het lijden te verlichten en het niet schenden van het verbod op levensbeëindiging - maken ook duidelijk dat zelfbeschikking niet het dragende beginsel van de legalisering is. Zelfbeschikking is slechts een voorwaarde in die zin dat alleen levensbeëindiging op uitdrukkelijk en vrijwillig verzoek, gelegaliseerd is.

Waar in de meeste landen zelfbeschikking en respect voor het leven recht tegen over elkaar staan, heeft in Nederland een derde waarde - ‘barmhartigheid’ - altijd een bemiddelende rol gespeeld. Barmhartigheid, een waarde die centraal staat in de medische ethiek, wordt door voor- en tegenstanders in het debat als zijnde belangrijk erkend.

Het ideologisch conflict is om nog een andere reden in Nederland nooit in zijn volle scherpte naar voren gekomen Deze reden is te vinden in de gematigde wijze waarop de conflicterende waardes ‘respect voor het leven’ en ‘zelfbeschikking’ zijn ingevuld. Bijna niemand verdedigt ‘respect voor het leven’ zonder meer. Ook in protestantse en katholieke kringen wordt gesteld dat het biologisch leven *an sich* niet de hoogste waarde heeft. Van de andere kant vullen ook de meeste pleitbezorgers van legale euthanasie ‘zelfbeschikking’ op een gematigde wijze in. Deze gematigde invulling hangt samen met de gedeelde opvatting dat rekening gehouden moet worden met de gevoelens en belangen van anderen, met name van naasten, en dat het gemeenschapsbelang bij de wijze waarmee met leven en dood wordt omgegaan, zwaar weegt.

De precieze grenzen van ‘gematigde zelfbeschikking’ en de competentie van de arts zijn nog niet helemaal verkend. Op dit moment staat vooral ter discussie of het domein van de medische barmhartigheid niet oneigenlijk vergroot wordt door hulp bij zelfdoding aan mensen met ‘existentiële problemen’ toe te staan. De aanstaande uitspraak van de Hoge Raad met betrekking tot de hulp bij zelfdoding van de ex-senator Brongersma zal hier meer duidelijkheid over brengen.

Over gedogen en de rol van de rechterlijke macht

Een vraag die verwant is aan de rol van de rechterlijke macht is hoe lang er ten aanzien van het beleid met betrekking tot euthanasie gesproken kan worden van 'gedogen'. Gezien het opportuniteitsbeginsel is het in Nederland mogelijk dat het Openbaar Ministerie op beleidsgronden besluit tot het onder bepaalde omstandigheden niet vervolgen van bepaalde misdrijven. Gedogen is dus één van de mogelijke reacties op een schending van het recht. Het beleid zoals dat in 1981 door het College van Procureurs-Generaal is geformuleerd kan beschouwd worden als een gedoogbeleid.

Opvallend in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie is niet zozeer dat van de bevoegdheid tot gedogen gebruik is gemaakt door bepaalde categorieën van zaken te seponeren, maar vooral dat het Nederlandse Openbaar Ministerie, anders dan in andere landen (bijvoorbeeld Frankrijk en België), besloten heeft euthanasiezaken voor de rechter te brengen. Het gevolg daarvan was aanhoudende belangstelling voor het thema 'euthanasie' en de mogelijkheid van het verfijnen van de eisen die aan legale euthanasie moeten worden gesteld.

In 1984, zo hebben we gezien, leiden ontwikkelingen in de jurisprudentie tot een situatie waarin vaststaat dat een dokter die zich houdt aan de zorgvuldigheidseisen, een beroep kan doen op noodtoestand in de vorm van een conflict van plichten. In feite legaliseert het arrest van de Hoge Raad euthanasie indien toegepast met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen.

In 1985 probeert de KNMG een toezegging te krijgen van de minister van Justitie dat artsen die zich gehouden hebben aan de zorgvuldigheidseisen, niet vervolgd zouden worden. Toen de minister daarover een vraag kreeg in de Tweede Kamer antwoordde hij dat in het algemeen het Openbaar Ministerie een arts die zich bij het toepassen van euthanasie gehouden heeft aan de zorgvuldigheidseisen, zoals die geformuleerd zijn in de rechtspraak en door de KNMG, niet zal vervolgen.

Een arrest van de Hoge Raad van 1987 (beschreven in hoofdstuk 7) ondersteunt de opvatting dat een dokter die zich aan de zorgvuldigheidseisen gehouden heeft, niet vervolgd kan worden. Het betreft een zaak van een dokter die euthanasie toegepast had en die bezwaar aangetekend had tegen zijn vervolging. Het gerechtshof kwam tot het oordeel dat de dokter niet vervolgd moest worden omdat, als de rechter zich over de zaak zou buigen, al snel duidelijk zou worden dat de dokter in een conflict van plichten een gerechtvaardigde keuze had gemaakt. De Hoge Raad verwierp het beroep van het Openbaar Ministerie met de stelling dat het oordeel van het hof met voldoende redenen was omkleed. Daarmee maakte de Hoge Raad duidelijk dat een dokter, als hij zich gehouden heeft aan de zorgvuldigheidseisen, erop mocht rekenen niet vervolgd te worden.

Deze ontwikkelingen hebben de positie van het Openbaar Ministerie fundamenteel veranderd. De verklaring van de minister heeft immers vervolging onwaarschijnlijk gemaakt en het arrest van de Hoge Raad heeft duidelijk gemaakt dat vervolging kansloos is. Daar het Openbaar Ministerie niet langer geconfronteerd werd met een schending van het recht, was het besluit niet te vervolgen niet langer gebaseerd op beleidsgronden, maar op rechtsgronden. Vanaf dat moment kunnen we dan ook niet meer spreken van een gedoogbeleid van het Openbaar Ministerie. Met andere woorden, het Nederlandse beleid met betrekking tot euthanasie was maar voor korte tijd een gedoogbeleid. Vanaf ongeveer 1985 is euthanasie, mits toegepast door een dokter die zich daarbij aan de zorgvuldigheidseisen houdt, niet langer onrechtmatig.

Het algemene beeld van gedogen is bovendien niet van toepassing op de rol van het Openbaar Ministerie inzake euthanasie. Gedogen wordt meestal afgeschilderd in negatieve termen. Gedogen wordt dan geassocieerd met de ogen sluiten, achterover leunen en niets doen. De houding van het Openbaar Ministerie inzake euthanasie was echter geheel anders. Het gedoogbeleid van het Openbaar Ministerie ging feitelijk hand in hand met actieve pogingen om meer helderheid te krijgen over de grenzen van zorgvuldige euthanasie. Een voorbeeld hiervan is de eerste zaak waarin de Hoge Raad oordeelt over euthanasie. In deze zaak is het plaatselijk Openbaar Ministerie van mening dat de dokter voldaan heeft aan de zorgvuldigheidscriteria, maar desalniettemin besluit het College van Procureurs-Generaal te vervolgen. Het College betwijfelt onder andere of er wel sprake is geweest van voldoende onafhankelijke consultatie en tracht meer helderheid te krijgen over de zorgvuldigheids-criteria.

Een ander voorbeeld van de actieve betrokkenheid van de vervolgingsinstanties in de ontwikkeling van het beleid zijn de pogingen van individuele officieren van justitie om dokters te stimuleren euthanasie als zodanig te melden. Het meest bekende voorbeeld is de officier van justitie Josephus Jitta in Alkmaar. Vroeg in de jaren tachtig was het voor een dokter niet erg aantrekkelijk om een euthanasie als een niet-natuurlijke dood te melden. Het gevolg van een dergelijke melding was immers een politie-onderzoek met de daarbij horende emotionele en praktische consequenties voor de dokter en de verwanten van de gestorvene. Josephus Jitta ontwikkelde een procedure waarin artsen euthanasie eerlijk konden melden zonder bovengenoemde gevolgen. Hij beloofde de artsen dat zij niet door de politie lastig gevallen zouden worden, als zij in geval van euthanasie de gemeentelijk lijkschouwer zouden waarschuwen en een verslag zouden afgeven. De snel stijgende meldingscijfers in het district Alkmaar bewijzen dat dit beleid vruchten droeg.

Nog een ander voorbeeld van de actieve houding van functionarissen van het Openbaar Ministerie is de betrokkenheid van de individuele officieren in het formuleren van protocollen en richtlijnen met betrekking tot euthanasie in instellingen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen. In de periode 1989-1994 steeg het aantal instellingen met een beleid op dit terrein aanzienlijk. In het algemeen weerspiegelen die protocollen en richtlijnen de juridische normen en in veel gevallen waren plaatselijke officieren van justitie actief betrokken bij het stimuleren en vaststellen ervan.

4 De bijdrage van het parlement

De politieke verwerking van de rechtsverandering met betrekking tot euthanasie is vooral zichtbaar op ‘kansrijke momenten’[1] in het politieke bedrijf waarop nieuw beleid mogelijk lijkt. De laatste twintig jaar zijn er voor wat euthanasie betreft drie van dergelijke momenten aan te wijzen. Deze drie momenten beschrijf ik in het hierna volgende.

Het eerste kansrijke moment: 1984-1985

Het eerste ‘kansrijke moment’ doet zich voor in de voor het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie cruciale jaren 1984-1985. Tot 1980 was de rol van politieke actoren in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie tamelijk klein. Vanaf beginnen politieke partijen hun standpunten te publiceren en in 1984 wordt een

[1] Bij een ‘kansrijk moment’ handelt het om een politieke constellatie die gunstig is voor de totstandkoming van wetgeving of beleid. De achterliggende gedachte is dat er een koppeling plaatsvindt tussen de drie stromen die het politieke proces bepalen: problemen, oplossingen en participanten. Of die koppeling plaatsvindt wordt in deze optiek deels door het toeval bepaald (Koppenjan 1993): 34-37.

initiatiefwetsvoorstel in de Tweede Kamer ingediend. Wessel-Tuinstra (D66), de indiener van het voorstel, is van mening dat zowel de persoon die om euthanasie vraagt als de dokter die bereid is het uit te voeren, bloot staan aan rechtsonzekerheid. De regulering van euthanasie is volgens haar de verantwoordelijkheid van de wetgever. Het wetsvoorstel wordt ingediend in een periode waarin kort achter elkaar vier belangrijke gebeurtenissen plaatsvinden: de indiening van het wetsvoorstel; de standpuntbepaling van de KNMG; het eerste arrest van de Hoge Raad; en het advies van de Staatscommissie Euthanasie (allemaal beschreven in hoofdstuk 6, ‘De cruciale periode 1984-1986’). Ondanks het in de tijd samenvallen van deze vier belangrijke gebeurtenissen en ondanks de verwachtte kamermeerderheid voor het wetsvoorstel, komt er op dat moment geen wetgeving tot stand.

De regering – een coalitie van CDA en VVD - was van mening dat de tijd nog niet rijp was voor een dergelijke verandering. Voor het geval het parlement een andere mening was toegedaan diende de regering een ‘Proeve van wetgeving’ in. Een jaar later trok de regering de ‘Proeve’ in ten faveure van een voorstel waarin de zorgvuldigheidseisen opgenomen werden in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst, maar het Wetboek van Strafrecht ongewijzigd bleef. Voor de Tweede Kamer over dit voorstel kon stemmen, viel het kabinet (De reactie van de regering en het nieuwe wetsvoorstel staan beschreven in hoofdstuk 7, ‘Een voorlopige afronding 1986-1989’.)

Het tweede kansrijke moment: 1993

De daarop volgende regering – een coalitie van CDA en PvdA - stelt in 1989 voor, alvorens de wet te wijzigen, een landelijk onderzoek te doen naar de praktijk van euthanasie. Dit onderzoek kan alleen plaats vinden als de dokters meewerken. Om deze medewerking te garanderen komt men tegemoet aan een van de wensen die dokters allang koesterden: een meldingsprocedure voor euthanasie en richtlijnen voor de politie en het Openbaar Ministerie zodat de justitiële afhandeling van euthanasie zo discreet mogelijk kan gebeuren. Daarmee ontstaat het tweede ‘kansrijke moment’. (De politieke ontwikkelingen, de gegevens van het onderzoek en de politieke consequenties die daaraan verbonden zijn, staan beschreven in hoofdstuk 8, ‘Een politiek van afhouden 1989-1994’.)

Het onderzoek maakt duidelijk dat bijna 50.000 sterfgevallen (dat is 38% van alle sterfgevallen) voorafgegaan worden door een beslissing van een dokter die mogelijkerwijs de dood van de patiënt impliceert. In ongeveer 22.500 gevallen (17,5%) gaat het daarbij om de beslissing een behandeling te stoppen dan wel niet in te zetten. In een even groot aantal gaat het om een beslissing pijn te bestrijden met het risico dat daarmee het intreden van de dood versneld wordt. In 1990 is er 2300 keer euthanasie toegepast door een dokter en 400 keer hulp bij zelfdoding.

Het onderzoek laat zien dat er veel vaker om levensbeëindiging wordt gevraagd, dan het wordt toegepast. De onderzoekers schatten dat in 1990 op zo’n 4000 serieuze verzoeken niet is ingegaan. Het onderzoek toont bovendien aan dat ongeveer 1000 keer per jaar een leven wordt beëindigd zonder dat de patiënt daarom verzocht heeft.

Wat betreft de zorgvuldigheidseisen maakt het onderzoek duidelijk dat bijna alle dokters op de hoogte zijn van de inhoudelijke en procedurele zorgvuldigheidseisen. Gevraagd naar het belang van de verschillende zorgvuldigheidseisen voor euthanasie, vonden vrijwel alle artsen de vrijwilligheid, het weloverwogen verzoek, het onaanvaardbaar lijden voor de patiënt, adequate voorlichting aan de patiënt en een technisch verantwoorde uitvoering belangrijk of zeer belangrijk. Een aantal andere zorgvuldigheidseisen, waaronder de eis van het collegiaal

overleg, werd door een kleiner percentage van de artsen belangrijk of zeer belangrijk geacht.

Zoals te verwachten worden de zorgvuldigheidseisen die dokters zelf belangrijk vinden het beste nageleefd. Bij euthanasie dient er per definitie sprake te zijn van een duidelijk verzoek van de patiënt, en dokters waren ervan overtuigd dat in bijna alle gevallen het verzoek helemaal van de patiënt zelf kwam. In 80% van de gevallen heeft de arts overlegd met een of meer collegae. Overleg met naasten vindt in bijna alle gevallen plaats. Ook de verpleging is bij uitvoering van een euthanasie in het ziekenhuis of verpleeginstelling vrijwel altijd bij de besluitvorming betrokken. Met het bijhouden van een verslag van de besluitvorming was het niet zo goed gesteld. Gemiddeld is dat in 40% van de gevallen gebeurd. Uit het onderzoek blijkt verder dat dokters slechts in 18% van de gevallen melden dat er sprake is van een niet-natuurlijke dood.

Als reactie op het onderzoek stelt de regering het parlement voor een wettelijke verankering te geven aan de in 1990 voor het onderzoek ontwikkelde meldingsprocedure. Het parlement gaat daar in 1993 mee akkoord.

Dit ‘kansrijke moment’ is een voorbeeld van een onverwachtse koppeling tussen een probleem en een oplossing. De wens om gegevens over het toepassen van euthanasie te verzamelen; de wens om over een meldingsprocedure te beschikken; en de wens om het probleem van de euthanasie te regelen zonder het Wetboek van Strafrecht te veranderen, zoemden reeds sedert 1986 rond in kringen van voor- en tegenstanders van legalisering. De regeringswisseling van 1989 is de *trigger* die dit activeert. De situatie die in 1994 ontstaan is - euthanasie is wettelijk nog steeds verboden, maar er is wel geregeld hoe euthanasie gemeld moet worden - kan als typisch Nederlands worden aangemerkt. In het buitenland is er dan ook alom onbegrip over.

In 1994 komt er een nieuwe regering waarin voor het eerst sedert 1918, geen van de confessionele partijen vertegenwoordigd is. Tot verrassing van menigeen ging deze regering – die bestond uit partijen die zich sedert 1984 uitgesproken hadden vóór het wetsvoorstel Wessel-Tuinstra – niet over tot het formuleren van een regeringsvoorstel, maar stelde zij voor het landelijke onderzoek nogmaals te herhalen. (De ontwikkelingen vanaf 1994 zijn beschreven in hoofdstuk 9, ‘De politieke afronding 1994-2002’.)

Uit dit tweede landelijke onderzoek blijkt dat in 1995 bijna 60.000 sterfgevallen (dat is 42% van alle sterfgevallen) voorafgegaan waren door een beslissing van een dokter. Opnieuw handelde deze beslissing bijna allemaal om ‘normaal medisch handelen’: in 25.100 gevallen (=18,5%) ging het om pijnbestrijding met een mogelijk levensbekortend effect en in 27.100 gevallen (= 20%) om een abstineer-beslissing. Het aantal gevallen van euthanasie was toegenomen tot 3200, het aantal keren dat er hulp bij zelfdoding was verleend was het zelfde gebleven (400) en het aantal malen dat een leven beëindigd was, zonder dat de patiënt daar uitdrukkelijk om gevraagd had, was gedaald naar 900. Daarmee was het percentage levensbeëindiging op verzoek gestegen van 2,1% naar 2,7%, en dat van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek gedaald van 0,8% naar 0,7% van alle sterfgevallen.

Het aantal schriftelijke verzoeken nam toe van 35% in 990 tot 59% in 1995. In 1995 zei een dokter in 92% van de gevallen dat hij de casus besproken had met een collega en in 79% was deze consultatie formeel. De geconsulteerde arts was echter zelden helemaal onafhankelijk. Volgens het onderzoek bespraken de dokters in 93% van de gevallen de situatie met de familie. Het is opmerkelijk dat een vereiste – het overleggen met verwanten - dat nooit veel aandacht gehad heeft van de KNMG, de rechtbanken of handhaving-instanties, desalniettemin zo prominent aanwezig gebleven is in de medische praktijk.

Overleg met de verpleging vindt plaats in ongeveer een derde van alle gevallen van euthanasie.

Uit het onderzoek in 1995 wordt duidelijk dat het meldingspercentage, alhoewel flink gestegen van 18% in 1990 naar 41% in 1995, nog tamelijk laag is. Om dit aantal omhoog te krijgen stelt de regering voor een buffer te creëren tussen de dokters en het Openbaar Ministerie in de vorm van regionale toetsingscommissies. Deze toetsingscommissies moeten beoordelen of in een geval van euthanasie voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen. Als dat het geval is adviseert de toetsingscommissie het Openbaar Ministerie om niet te vervolgen.

De NVVE

De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie begint zich inmiddels ernstige zorgen te maken of wetgeving nog wel tot stand zal komen. Om het proces te versnellen publiceren zij in 1996 een 'voorontwerp euthanasiewet'. Uit dat wetsvoorstel blijkt dat de NVVE een andere koers aan het varen is.

Tot in de jaren negentig kan de NVVE gekenmerkt worden als een behoedzame en voorzichtig opererende organisatie met goede contacten in politiek Den Haag. De voorzichtigheid van de NVVE is aanwijsbaar in de hulpverlening die zij verstrekt, in de manier waarop zij streeft naar de legalisering van euthanasie en in de invulling die zij geeft aan zelfbeschikking.

Tot 1996 had de NVVE nooit politiek onbespreekbare eisen gesteld. De koersverandering die in 1996 optreedt is een uitvloeisel van de sedert 1991 optredende radicalisering van de invulling van het begrip 'zelfbeschikking'. In 1991 is de vereniging ertoe over gegaan de maatschappelijke acceptatie en legalisatie van hulp bij zelfdoding in geval van personen wier dood niet aanstaande is in haar doelstelling op te nemen. Direct daarop aansluitend is binnen de vereniging de discussie opgepakt over het zelfgewilde einde van oude mensen. Deze discussie is in 1996 uitgemond in het genoemde wetsvoorstel. Het realiseren van een van de in het wetsvoorstel genoemde mogelijkheden - 'de pil van Drion' - ziet de NVVE sindsdien als haar taak.

Het derde 'kansrijke moment: 2001

In 1998 – vlak voor de verkiezingen – dienen drie leden van de regeringspartijen een initiatiefwetsvoorstel in waarin euthanasie gelegaliseerd wordt. Het tweede paarse kabinet neemt dit voorstel in een iets gewijzigde vorm over. Dit regeringsvoorstel wordt in 2001 door het parlement aangenomen. Met deze wet is het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie (voorlopig) afgerond. De wet geeft ook een versterking van de positie van de toetsingscommissies. Hadden deze voorheen slechts een adviserende rol, vanaf 2002 geldt dat, als de toetsingscommissie van menig is dat de meldende dokter voldaan heeft aan de zorgvuldigheidseisen, de zaak daar eindigt.

Dokters zijn zich onder de nieuwe wet niet schuldig aan euthanasie (artikel 293) of hulp bij zelfdoding (artikel 294) als zij aan twee voorwaarden voldoen: de zorgvuldigheidseisen zoals die vermeld staan in de wet in acht nemen; en de euthanasie melden bij de gemeentelijk lijkschouwer. Volgens de zorgvuldigheidseisen in de nieuwe wet moet een dokter ervan overtuigd zijn dat de patiënt een vrijwillig en weloverwogen verzoek heeft gedaan en dat het lijden van de patiënt uitzichtloos en ondraaglijk is; hij moet de patiënt geïnformeerd hebben over zijn situatie en samen met hem ervan overtuigd zijn dat er geen redelijk alternatief is voor de situatie; hij moet op zijn minst één van hem onafhankelijke collega geconsulteerd hebben; en de levensbeëindiging moet medisch zorgvuldig zijn uitgevoerd.

Het controleregime

De depolitiserende werking van het ontwikkelen van procedures is het meest duidelijk bij het ontstaan van de meldingsprocedure ten behoeve van het eerste landelijk onderzoek. De behoefte aan een dergelijke procedure was allang aanwezig maar politici waren niet bereid er aan mee te werken. In het kader van het onderzoek werd de eis zonder veel weerstand ingewilligd.

Een erkende zwakke stee in de controle, maar een die alleen tegen hoge kosten te verhelpen is, is dat de controle staat of valt met de bereidheid van artsen zich toetsbaar op te stellen. Die bereidheid wordt zwaar op de proef gesteld doordat de scheiding tussen euthanasie (tot voor kort onderworpen aan strafrechtelijke controle en nu aan controle door de toetsingscommissies) en pijnbestrijding met dodelijk neveneffect (waarvoor geen speciaal controleregime bestaat) flinterdun is en bovendien construeerbaar. Verschillende auteurs hebben gewezen op de onevenwichtigheid in de controle van bepaalde handelingen: sommige vormen van levensbekortend handelen zijn onderworpen aan zorgvuldigheidseisen en controle, terwijl andere, evengoed zeer ingrijpende handelingen, niet onderworpen zijn aan een dergelijke controle.

Het controleregime ontwikkelt zich langs de weg van vallen en opstaan. Er worden steeds nieuwe beleidsinterventies gepleegd om artsen tot melden te bewegen (soms zelfs in zo' n hoog tempo dat de interventies nog voor ze goed en wel in het veld zijn doorgedrongen worden opgevolgd door nieuwe ingrepen). In die ontwikkelingen zijn twee tendensen te onderscheiden: de ene is dat controle in toenemende mate buiten het strafrecht plaatsvindt; de andere is dat toetsing vooraf langzamerhand de plaats in neemt van toetsing achteraf. Beide tendensen impliceren controle die in eerste instantie vooral door de beroepsgroep geschiedt. Als die tendensen tot hun uiterste voortgezet worden, zou dat betekenen dat via een achterdeur de 'medische exceptie' uiteindelijk erkend is en dat het onderscheid tussen 'normaal medisch handelen' en 'buitengewoon medisch handelen', dat weliswaar enig nut heeft gehad tijdens het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie, als onnodig kan worden afgedaan.

De rol van het parlement

De Wet Toetsing levensbeëindigend handelen op verzoek en hulp bij zelfdoding voegt zo goed als niets toe aan de zorgvuldigheidseisen zoals die ontstaan zijn in de loop van de rechtsverandering. Formeel gesproken zou men kunnen zeggen dat door deze wet een groter belang gehecht wordt aan de vereisten van consultatie en melding. Deze vereisten zijn in de wet Toetsing als voorwaarden opgenomen, terwijl rechtbanken vooralsnog tekortkomingen op deze twee punten niet als obstakels zagen voor een geslaagd beroep op overmacht. De minister van Justitie heeft echter in het parlementaire debat toegezegd dat er geen verandering zal plaats vinden in het vervolgingsbeleid en de wet heeft in dat geval ook wat deze vereisten betreft geen feitelijke verandering tot gevolg.

De bekende politiek van uitstellen en zoeken naar een technische oplossingen om zo de ideologische confrontatie te vermijden, heeft veel tijd gevraagd. Die tijd is echter, zo kunnen we achteraf stellen, goed besteed. Nederland is het enige land met zo'n grote schat aan gegevens over het medisch handelen rondom het levenseinde. Bovendien heeft de publieke opinie zich in de loop der jaren geleidelijk ontwikkeld tot een situatie waarin meer dan 90 procent van de bevolking zich kan vinden in de nieuwe wet. De legalisering van euthanasie heeft plaatsgevonden op een tijdstip waarop euthanasie in wezen geen controversieel onderwerp meer is.

De traagheid van de besluitvorming heeft ook als resultaat dat niet alleen de minder controversiële vormen van het levensbeëindigend handelen aan de orde zijn gekomen, maar ook de meer problematische onderdelen zoals levensbeëindiging bij mensen met psychische

problemen en bij wilsonbekwame patiënten. Dit wil overigens niet zeggen dat al deze onderwerpen heel diepgaand bediscussieerd zijn. De Nederlandse discussie lijkt meer gekenmerkt te worden door een bepaalde oppervlakkigheid dan door grote diepgang. Afgezien van een enkele denker zoals Kuitert en een enkel rapport zoals dat van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, zijn er weinig Nederlandse bijdragen aan de literatuur over levensbeëindigend handelen die uitblinken in originaliteit. Kenmerk van de Nederlandse discussie is nuchterheid, niet diepzinnigheid.

De traagheid van de besluitvorming heeft ook een geleidelijke ontwikkeling van het controleregime mogelijk gemaakt. Daardoor heeft er een steeds verdergaande verfijning plaats kunnen vinden op grond van praktijkervaringen. Zo werd de ‘medische exceptie’ aanvankelijk verworpen, want alleen het strafrecht werd voldoende geacht voor zo’n precaire materie. Eind jaren negentig verwijderde het beleid zich echter steeds meer van het strafrecht en kwam het strafrecht steeds verder ‘op afstand’ te staan. Leek het in de jaren tachtig onmogelijk om te komen tot toetsing vooraf, inmiddels is dat idee naar aanleiding van het succesvolle SCEA-experiment al in brede kring geaccepteerd.

In ogenschouw nemend dat ook de wetgever zich realiseert dat de nieuwe wet alleen vastlegt wat al eerder uitgewerkt is door rechtbanken, het Openbaar Ministerie, de beroepsgroep en anderen, kan men zich afvragen waarom het veranderen van de wet zolang geduurd heeft. De kenmerken van problemen als abortus en euthanasie zijn hier debet aan. Morele controverses hebben de neiging lang onderwerp van debat te blijven vanwege de intensiteit van ideologische tegenstellingen. Juridische beslissingen leiden in dergelijke zaken niet altijd tot het afsluiten van het debat. Het wachten op nieuwe sociale ontwikkelingen – bij voorbeeld de consolidatie van de publieke opinie – is dan nog altijd een optie voor een wetgever die er op uit is het politieke risico zo klein mogelijk te houden.

Ook coalitiepolitiek speelt een vertragende rol in de besluitvorming. Van 1918 tot 1994 was het CDA – en de partijen waaruit het in 1981 is ontstaan - onontbeerlijk bij het samenstellen van regeringen. De sociaal-economische tegenstelling tussen PvdA en VVD was te groot om samen regeren mogelijk te maken en noch de ene partij noch de andere vond genoeg medestanders in het parlement om een regering zonder het CDA te formeren. En het CDA vond het politiek wenselijk zich tegen elke formele legalisering van euthanasie op te stellen. De druk op het CDA om rekening te houden met de wens van zijn coalitiepartners – en eigenlijk ook de eigen kiezer - was bovendien niet erg groot.

De uitspraak van de Hoge Raad in 1984 leidde op geheel eigen wijze tot vertraging in de besluitvorming. De uitspraak wees niet alleen een juridische uitweg, maar bewerkstelligde ook een politieke patstelling. Een regeringsvoorstel dat een inperking betekende ten opzichte van het arrest van de Hoge Raad was voor de regeringspartners van het CDA onacceptabel (tot 1989 de VVD en tussen 1989 en 1994 de PvdA), terwijl het formeel ratificeren van het arrest in een wet onacceptabel was voor het CDA.

De geschiedenis van het euthanasiedebat stemt overeen met een algemeen kenmerk van de Nederlandse politiek: vermijden van conflicten. Dit vermijden gebeurt traditioneel door het uitstellen van besluiten of door het depolitiseren van een kwestie. Moeilijke politieke besluiten worden vaak uit de weg gegaan door de problemen over te laten aan rechtbanken en door het instellen van adviesorganen. Een voorbeeld hiervan inzake euthanasie is dat in 1984 alle politieke activiteit werd opgehouden totdat de Staatscommissie Euthanasie haar advies had uitgebracht. Uitstellen en depolitiseren kan ook bereikt worden door het initiëren van landelijk onderzoek. Ook hiervan is in het proces van rechtsverandering met betrekking tot euthanasie een voorbeeld te vinden: de onderzoeken van 1990 en 1995 dienden als excuses voor een verder uitstel van wetgevende activiteit.

De beide paarse kabinetten hebben pas heel laat gebruik gemaakt van de mogelijkheden die een regering zonder confessionele partijen bood voor de legalisering van euthanasie. Het leidende principe lijkt te zijn de Christen Democraten – en de leden van de eigen partijen die gereserveerd tegenover het onderwerp stonden – niet voor het hoofd te stoten en op zoek te blijven gaan naar een gemeenschappelijk gedragen uitkomst. Uiteindelijk werd de regering door een initiatiefvoorstel dat snel een meerderheid in het parlement kreeg, gedwongen tot het nemen van een besluit. Op dat moment besloot de regering de zaak in eigen hand te nemen en introduceerde het voorstel dat wet werd.

Summary [1]

INTRODUCTION

The process of legal change with regard to euthanasia in the Netherlands began with public debates on the issue in the 1970s, and ended – at least for the time being – when the Law on Termination of Life on Request and Assisting Suicide was approved by the Dutch Parliament in 2001. I will summarise the book by describing the process of legal change in terms of the interplay of the various social actors who contributed to the making of the 'requirements of careful practice' – the judiciary, the medical profession, pressure groups, legal scholars and Parliament. Dealing in this summary way with each of their contributions in turn allows me to call attention to two secondary themes. The first highlights the unusual role played by the Royal Dutch Medical Association (KNMG) in the process. Its strategy may be explained by examining features of the Dutch elite and the Association's recent history. The second disposes of a popular misconception regarding the so-called 'policy of forbearance' in the Netherlands.

Three articles of the Dutch Criminal Code are of particular importance in connection with euthanasia and assisting suicide: articles 40, 293 and 294.[2]
Article 40 states: A person who commits an offence as a result of a force he could not be expected to resist [*overmacht*] is not criminally liable.
Article 293: A person who takes the life of another person at that other person's express and earnest request is liable to a term of imprisonment of not more than twelve years or a fine of the fifth category.
Article 294: A person who intentionally incites another to commit suicide, assists in the suicide of another, or procures for that other person the means to commit suicide, is liable to a term of imprisonment of not more than three years or a fine of the fourth category, where the suicide ensues.[3]

At the time the process of legal change began, a number of doctrinal approaches were in theory available to legitimate behaviour that at face value violates articles 293 and 294 of the Criminal Code. A first defence against a charge under articles 293 and 294 is the 'medical exception', which holds that, like other offences against the person, the two articles are implicitly not applicable to doctors. A second defence could be based on the doctrine of 'absence of substantial violation of the law': the idea that behaviour that violates the letter but not the purpose of the law does not constitute an offence. A third possible defence is offered by article 40 of the Criminal Code. This defence has two variants in Dutch law: the excuse of duress and the justification of necessity. The courts have held that the excuse of duress is not available to doctors in the case of euthanasia, since doctors are expected to be able to resist the pressures brought to bear by their patients. The justification of necessity applies to someone who, in a situation of conflict of duties, chooses to favour the value that from an objective standpoint is more important, even if this means doing something that in itself is forbidden. This defence was in the end the basis for the legalisation of euthanasia.

1 Published in slightly different form in Klijn e.a. 2001.
2 The legal background is described in chapter 1.
3 See for this translation Rayar and Wadsworth 1997: 73, 200.

In the 1960s and 1970s[4] the term ‘euthanasia’ was used to describe a large and varied range of behaviour that leads to the earlier death of the patient. This included refraining from treatment because of medical futility or because of the patient’s refusal, death as a side effect of pain relief, and actively ending a patient’s life (with or without his request). In 1977, a Dutch specialist in health law formulated a definition of euthanasia that in 1985 was largely adopted by the State Commission on Euthanasia. Since then, in the Netherlands, euthanasia has officially been defined as ‘intentionally terminating another person’s life at that person’s request’.[5] This definition coincides with the act specifically prohibited by article 293 of the Criminal Code. (When a distinction is made between the offences covered by the articles 293 and 294, the term ‘euthanasia’ is reserved for killing on request - article 293 - as opposed to assisting suicide, but generally the two are treated together. In this summary I will follow this practice and use the term ‘euthanasia’ to cover both.)

Before 1970 there was a general lack of interest in euthanasia and very little had been written on the issue in Dutch. This did not change much even when, in 1952, a doctor stood trial for killing his brother at the latter’s request. However, at the beginning of the 1970s this situation radically changed and euthanasia became very much a topic for public debate. Several developments lead to this change.

The 1960s were a crucial watershed for Dutch society. From a conservative, tradition-bound country the Netherlands changed into a hotbed of social and cultural experimentation. The Netherlands took a prominent place in the sexual revolution, the legalisation of abortion, the democratisation of social institutions, the questioning of religious authority, and so forth. Societal relationships also changed in this period, becoming more ‘democratic’, with a narrowing of the social distance between ordinary people and those in positions of authority. The Dutch came to expect to have their views listened to on issues that affect them. Similarly, the 1960s brought changes in views concerning the doctor-patient relationship, including a general acceptance of the idea of patient autonomy reflected in the doctrine of ‘informed consent’.

Another circumstance associated with the growing interest in euthanasia was the development of medical technology. Such developments are assumed to have led to questions of a medical and ethical nature fundamentally different from any that had been asked before. In effect, doctors now had the ability to postpone death even when recovery was impossible. But prolonging life does not always go hand in hand with making it more bearable. Doubts concerning an unconditional ‘duty to preserve life’ became more and more insistent. If the answer to the duty question is ‘no’, and a doctor may decide not to engage in treatment that would prolong the patient’s life, either because the patient does not want this or because it is not in his interest to do so, then the question soon arises whether there is a major difference between acting and refraining from action. In 1967, widespread public attention was attracted by a dramatic case to the question of whether it is permissible to end the life of a patient in a long and irreversible coma. A final stimulus to public debate was a book on medical ethics by a well-known Dutch doctor. His argument, formulated in an unusually provocative way, was that medical ethics must adjust to changes in medical technology, and that the motto of a new ethical code should be: “[I]t is the doctor’s duty to pre-

---

4 The process of legal change with regard to euthanasia in the 1960s and 1970s until 1978 is described in chapter 2 and 3.

5 The State Commission notes that a broad consensus exists that not beginning or stopping a medical treatment because it is seen as futile or is refused by the patient, and pain relief that leads to earlier death, fall under ‘normal medical practice’. In effect, this means they are covered by the ‘medical exception’.

serve, spare, and prolong human life whenever doing so makes sense".[6] He reasoned that a doctor may passively or actively shorten life that is no longer 'meaningful'.

THE FIRST CONTRIBUTORS TO THE 'REQUIREMENTS OF CAREFUL PRACTICE': COURTS, PRESSURE GROUPS AND LEGAL SCHOLARS [7]

In the 1970s formulations of what came to be called the 'requirements of careful practice' for legal euthanasia can be found in three sources: reports of medical organisations and pressure groups, individual opinions, and court decisions.

DISTRICT COURT LEEUWARDEN

In 1973, a doctor stood trial for killing her mother at the latter's request. At the trial, the medical inspector testified that the average doctor in the Netherlands no longer considered it necessary to prolong a patient's life endlessly. In his opinion, pain relief that runs the risk of the patient dying sooner had, under certain conditions, become widely acceptable in medical circles. The conditions mentioned by the inspector were:

- that the patient is incurably ill;
- that the patient finds his suffering mentally or physically unbearable;
- that the patient has expressed the wish to die;
- that medically speaking the patient is in the terminal phase of illness; and
- that is is a doctor who accedes to the request, preferably the doctor responsible for treatment.

The District Court largely agreed with the inspector's opinion although it did reject the requirement of the terminal phase. The Court convicted the defendant of having administered the morphine "too quickly".[8] Despite the apparent confusion between pain relief and euthanasia, the verdict of the District Court was the first authoritative formulation of the conditions for the legal shortening of life.

THE CONTRIBUTION OF PRESSURE GROUPS AND OPINION LEADERS

The conditions under which euthanasia is legal can be divided into substantive and procedural requirements. The substantive requirements refer to the request, the situation of the patient, and the doctor-patient relationship. Wide endorsement has from the beginning of the process of legal change in the Netherlands been found for the requirement that the patient himself must clearly express a wish to have his life ended.

There has also from the beginning been general agreement that the patient's illness should be incurable. Substantial agreement has also always existed as to the requirement of suffering. The Dutch Association for Voluntary Euthanasia (NVVE) proposed that a necessary feature of suffering should be that it is "unbearable and hopeless",[9] and a working group of the Dutch Medical Association (KNMG) proposed that it should not be possible to relieve it by any other means.

[6] Van den Berg 1969: 47.
[7] Covered in chapter 3 and 4.
[8] *Nederlandse Jurisprudentie* 1973, no. 183.
[9] NVVE 1978: 26.

Participants in the public debate disagreed whether it is necessary that the patient be in the 'terminal phase'. Lawyers supported the Leeuwarden Court's view that 'terminal phase' should not be a prerequisite for legal euthanasia. Until the 1990s there were others, including at one point the Minister of Justice, who took the position that euthanasia is only warranted in the terminal phase.

The condition that it must be a doctor who accedes to the patient's request was early on emphasised by the Medical Association and has from the beginning been supported by nearly everyone. Whether the doctor must be the doctor responsible for the patient's treatment became a subject for discussion in the 1990s.

Although neither the inspector nor the Leeuwarden Court mentioned consultation as a requirement, the working group of the Medical Association argued in 1975 that a doctor considering euthanasia ought to discuss the matter with a colleague. A lawyer specialised in health law agreed this should be a prerequisite. He argued also for careful documentation.

District Court Rotterdam

The next formulation of the requirements for legal euthanasia by a court took place in 1981, when a woman, this time not a doctor, stood trial for having assisted the suicide of a friend. The District Court of Rotterdam commented that suicide is not necessarily unacceptable in all situations and that the assistance of others can sometimes be indispensable. However, in the light of the prohibition in article 294 of the Criminal Code, such assistance can only be justifiable if certain requirements are met.

The verdict of the District Court emphasises that the request for help must be voluntary, well-considered, lasting, and taken after being fully informed of the situation. Again the 'terminal phase' is rejected as a necessary condition. Other conditions mentioned are: physical or mental suffering, prolonged and unbearable suffering, no alternative to improve the situation, and the help is given by a doctor. A new procedural requirement was added: care should be taken to avoid unnecessary suffering by relatives. The District Court held that the defendant had not met these requirements and found her guilty of assisting suicide.

Following this verdict, the Committee of Procurators-General, the highest national authority in the prosecution system, decided that every case of death on request (article 293) or assisting suicide (article 294) that came to the attention of a prosecutor should be referred to the Committee for a decision on whether to prosecute. The object was to achieve national uniformity in prosecution policy. The conditions as formulated in the two cases described above were to serve as guidelines for the decisions of the Committee. Although there had been cases before 1982 in which doctors had not been prosecuted after carrying out euthanasia, we can only speak of a prosecution policy with regard to euthanasia after this decision of the Committee of Procurators-General. In a later section I will return to the role the prosecution authorities played in the process of legal change.

The contribution of the medical profession

We can learn what conditions doctors themselves thought important both by looking at the official position taken by the Medical Association in 1984 and from the behaviour of doctors themselves as reported by their writings and reflected in the information they gave in cases that came to court.

Individual doctors[10]

In almost all cases the doctor claimed the patient had made a clear request for euthanasia. The way the request was expressed differed: sometimes it was written, sometimes not. In all cases the patient indicated that the suffering was unbearable and the doctor could agree that this was the case. Besides the level of suffering, doctors gave other reasons for their decisions, including their inability to relieve the suffering in any other way and their concern that the patient should die with dignity. Most doctors did not consider the terminal phase a prerequisite for carrying out euthanasia.

Few doctors consulted an independent colleague. Sometimes doctors discussed the case with other professionals such as pastors and nursing personnel. Members of the patient's family were nearly always involved in the decision-making. Sometimes relatives were not consulted, only informed, about the impending euthanasia, but often their approval was sought or they were asked to confirm the patient's request.

Doctors often filed certificates of natural death, thereby in effect concealing what they had done from the prosecution authorities. However, this did not necessarily mean that they had been secretive with others about the euthanasia. For example, two doctors later prosecuted for improperly filing certificates of natural death had talked about their intentions to other professionals involved with the patient such as a head nurse, and with the relatives.

The position of the board of the Medical Association in 1984

A new stage in the development of the 'requirements of careful practice' was reached in August 1984, when the Executive Board of the Medical Association published a new policy on euthanasia. The Board stressed that only doctors should be allowed to engage in actions that terminate life. Euthanasia was seen by the Board as an issue to be dealt with within the doctor-patient relationship.

The Board considered euthanasia performed by a doctor acceptable when the doctor has taken adequate steps to conform to the 'requirements of careful practice'. In the first place the request must be voluntary, well considered and lasting. In the second place the suffering of the patient must be 'unacceptable'. With this term the Board meant that the suffering must be lasting, unbearable and hopeless. Consulting a colleague was deemed indispensable, and the practice of filing a certificate of natural death was found unacceptable. In 1992, a full written documentation of the case was added to the list of requirements.

The Board did not mention the importance of discussing the case with the patient's relatives, a requirement that doctors themselves considered to be important. The main difference between the actual behaviour of individual doctors and the position of the Board relates to procedural conditions – the requirements of consulting another doctor and not filing a false certificate. These were requirements doctors often failed to comply with.

The role and strategy of the Dutch Medical Association

Let me digress somewhat at this point to examine the role and strategy of the Medical Association. To date the Dutch Medical Association is the only national professional medical

[10] Covered mainly in chapter 4 and 5. Chapter 5 deals with the period 1982-1984.

association in the world that has taken an affirmative view on the legalisation of euthanasia. Others, such as the American Medical Association and the Belgian Medical Association, have vigorously opposed legalisation of euthanasia or assisted suicide. Let me here mention some possible explanations for the unusual position of the Dutch Medical Association.

By taking a leading position in the public debate the Dutch Medical Association exhibited a well-recognised feature of the Dutch elite, who in the 1960s, according to James Kennedy,[11] tended to interpret social problems and crises as signs of unavoidable social change. Attempting to forestall change did not seem to them a feasible policy. In Kennedy's view the Dutch elite, after some hesitation, tended to support new ideas and be spokesmen for them.

In the debates on abortion in the 1960s, the Medical Association had acted rather differently and by doing so had got itself into difficulty. The social acceptance of abortion increased during that period and the idea that abortion, carried out by a doctor, fell within the bounds of an implicit 'medical exception' was widely shared. After 1969 a sort of legal vacuum had arisen in which abortion, though still illegal, was in reality available on demand. To satisfy the demand for abortion, special abortion clinics were set up. This development meant that for practical purposes enforcement of the ban on abortion was no longer feasible.

Throughout the period of change in the 1960s, the Medical Association had expressed opposition to abortion, and it was only in 1971, when the struggle was essentially over, that the Medical Association changed position. The Executive Board explained the change by referring to social and political developments that in its view could not be stopped. Its new position was that "the doctor's duty to give medical assistance can entail the decision to perform an abortion when he is asked to assist in an unwanted pregnancy".

The new position of the Association led to vehement debate and a number of doctors took the position that the Executive Board of the Association could not speak for all doctors and that terminating a life violates a doctor's fundamental duty. In 1972 some of these doctors founded the Dutch Association of Physicians, a 'pro-life' organisation.

In the 1980s a number of doctors feared that the Medical Association would follow a similar course in the case of euthanasia. They did not like the idea of once again being by-passed by social and political developments. In 1982 a working group was installed to formulate a policy on euthanasia. The working group drew the lesson from the recent abortion history that it was better to join the public debate in an early phase. There was no longer any reason to fear a split in the organisation since adamantly pro-life doctors had already founded their own association.

The working group artfully avoided the ultimate ethical and legal polemics by stating that it was not its intention to address the question of the permissibility of euthanasia. Euthanasia is a fact of life and the only question is how medical practice can be improved and regulated. The association's Executive Board adopted the working group's formulation of policy in June 1984. During discussions at the general membership meeting on the new policy, the chairman stated that the Board did not want to take a position for or against euthanasia. The purpose of the guidelines was to assist those doctors who were considering performing euthanasia. The debate closed with the assertion that the new policy was that of the Executive Board, and not necessarily that of all Dutch doctors. In taking this strategy the Medical Association avoided openly offending opponents of euthanasia while at the same time it gave a clear signal to the outer world. The Advocate-General of the Supreme

---

11 Kennedy 1995.

Court – who had argued against legalisation in the first case to reach the Court - speculated in his farewell lecture in 1992 that the Association's change of position had functioned as an *amicus curiae* brief in support of the Court's decision later the same year in the first euthanasia case to reach the Court.

THE CONTRIBUTION OF THE SUPREME COURT

The first time the Supreme Court ruled on a case of euthanasia was on 27 November 1984.[12]The Court held in the *Schoonheim* case that the Court of Appeals had not properly considered the appeal to 'conflict of duty' (article 40).

> ... one would have expected the Court of Appeals to have considered ... whether, according to responsible medical opinion, subject to the applicable norms of medical ethics, this was, as claimed by the defendant, a situation of necessity.[13]

The Supreme Court considered specifically relevant the patient's "unbearable suffering" (including the prospect of increasing "loss of personal dignity") the risk that it might become impossible for the patient to "die in a dignified manner", and the existence of alternative ways to relieve her suffering. Not having consulted an independent doctor was not in itself a sufficient reason for rejecting the defence of necessity, according to the Supreme Court.

In the second case to reach the Supreme Court[14], the idea that the 'medical exception' covers euthanasia was explicitly rejected. The Court held that the prohibition of euthanasia in article 293 did not appear to have been intended as subject to an exception for doctors. Furthermore there was no settled social consensus that euthanasia is a form of 'normal medical practice' that could be considered to fall within the 'medical exception'. The Supreme Court did not, however, agree with the Court of Appeals' rejection of the defence of necessity. The Court had not properly considered whether "according to responsible scientific opinion and according to norms applied in medical ethics, there had been a situation of necessity".[15]

In another case, the Supreme Court clarified the question of the death certificate. The Court upheld a decision that a doctor cannot invoke the justification of necessity to a charge of filing a (false) certificate of natural death in a case of euthanasia. Doing so, the Court of Appeals observed, undermines the system of legal control over the termination of life. The defendant's reliance on his oath of secrecy was rejected: this oath gives a doctor the right to remain silent, but not to give false information.

Although from the very beginning, as we have seen, the courts had held that the terminal phase was not a necessary condition, the Minister of Justice in the early 1990s was adamant that it should be, and maintained that the case law was not unambiguous on the point. In 1993, he ordered a number of doctors to be prosecuted on the ground they had not met

[12] The ruling of the Supreme Court in the *Schoonheim* case is one of the subjects of chapter 6.
[13] *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, no. 106: 459.
[14] I describe the second and third rulings of the Supreme Court in chapter 7 that deals with the period 1986-1989.
[15] *Nederlandse Jurisprudentie* 1987, no. 607: 2124.

this requirement. In its next decision, in the *Chabot* case, the Court rejected the Minister's position.[16]

The *Chabot* case involved assistance with suicide by a psychiatrist to a woman suffering unbearably form a number of tragedies in her personal life. The Court rejected the argument of the prosecution that the justification of necessity is not available in the case of a patient whose suffering is non-somatic and who is not in the terminal phase.

The Supreme Court's decisions settled the question of the doctrinal basis for legal euthanasia and greatly clarified the conditions with which doctors – the only ones who can legally perform it – must comply. The Court emphasised the importance of the patient's request. The request must, in the terms of article 293, be 'express and earnest'. It must be explicitly made by the person concerned; it must be voluntary and well-considered. The patient's suffering must be 'unbearable' and 'hopeless'. However, the suffering need not be physical nor is a somatic basis required. Non-physical suffering can include such things as the prospect of physical deterioration and not being able to die in a 'dignified' way. Possibilities for treating the suffering must have been exhausted (or, in cases of a somatic illness, rejected by the patient).

In addition to these substantive conditions, the doctor who performs euthanasia must meet a number of procedural requirements. He must take adequate steps to satisfy himself with respect to the substantive requirements; he must consult at least one other doctor who should in principle be independent; if the patient's suffering is of non-somatic origin, the consultant must himself examine the patient. The doctor must not report euthanasia as a natural death.

The substantive requirements for legally justified euthanasia are enforced through the criminal law. It was for some time unclear to what extent conformity with the procedural requirements was necessary for a successful defence to a criminal charge. It seems to be settled now that deviation from these requirements does not necessarily stand in the way of an appeal to the justification of necessity. Thus failure to comply with the oft-stated requirements, such as discussing the case with relatives and other personnel involved with the treatment of the patient, record keeping and carrying out the euthanasia in a professionally responsible way, have in most cases been dealt with by means of a warning from medical disciplinary authorities. The law enacted in 2001 treats only consultation, reporting and professional carrying-out as conditions of legal euthanasia.

THE FORBEARANCE THESIS REFUTED

It is relevant here to look at the question of whether, and since when, judicial and prosecutorial policy in relation to euthanasia could (before the recent law was enacted) properly be called one of 'forbearance'. Forbearance (*gedogen)* is an accepted legal practice in the Netherlands. Forbearance is one of several possible reactions to a violation of the law and it consists of refraining, on policy grounds, from initiating prosecution. Dutch drug policy, for example, is based on the doctrine. The policy formulated in 1982 by the Committee of Procurators-General can be seen as one of forbearance.

[16] The policy of the Minister of Justice and the *Chabot* case are subjects of chapter 8. Chapter 8 covers the period 1989-1994.

In 1984, as we have seen, developments in the case law led to a situation in which a doctor who complied with the 'requirements of careful practice' could invoke the defence of necessity based on a conflict of duties. In effect, the decision of the Supreme Court in the *Schoonheim* case made euthanasia in conformity with the requirements legal.

In 1985, the Medical Association tried to get the Minister of Justice to clarify the policy of the prosecution authorities in light of the Supreme Court's decision in the *Schoonheim* case. When asked about this in the Second Chamber of Parliament, the Minister answered: "Broadly speaking, the public prosecutors will not prosecute a doctor, who in carrying out euthanasia complied with the requirements of careful practice developed in the case law and formulated by the Dutch Medical Association".[17]

The conclusion that a doctor who complies with the 'requirements of careful practice' could be assured of not being prosecuted for euthanasia was supported by a decision of the Supreme Court in 1987. In this case a doctor who had carried out euthanasia requested the Court of Appeals to quash the indictment when criminal charges were brought. The Court of Appeals held that the undisputed facts required the conclusion that prosecution of the doctor for euthanasia could not succeed, since if the case went to trial it would soon become evident that the defendant had acted in a situation of necessity. The Supreme Court rejected the prosecution's appeal on the ground that the arguments given by the Court of Appeals formed a sufficient basis for its conclusions. The Supreme Court in this way definitively settled the matter: a doctor could indeed count on not being prosecuted as long as he has met the 'requirements of careful practice'.

These developments fundamentally changed the position of the public prosecutors. The Minister's statement made prosecution unlikely, but the verdict of the Supreme Court gave prosecution no prospect of success. Since the prosecution authorities were no longer confronted with a violation of the law, decisions not to prosecute were henceforth based on legal rather than policy considerations, and it became impossible to describe the non-prosecution of doctors after 1984 as due to a policy of forbearance.

In short, Dutch euthanasia policy was only for a short period a policy of forbearance. Since 1984/1985, euthanasia, when carried out by a doctor who has complied with the 'requirements of careful practice', has simply no longer been unlawful.

A second remark about Dutch forbearance policy is in order. Forbearance is often painted in negative terms. It is widely associated with turning a deaf ear or a blind eye to something, and thus doing nothing. Characterising the policy of the public prosecutors in the case of euthanasia in such a way does no justice to the facts. For example, in the first prosecution after the new prosecution policy in 1982, the local prosecutor was of the opinion that the doctor in question had complied with the 'requirements of careful practice'. Nevertheless, the Committee of Procurators-General made the decision to prosecute. The Committee doubted whether the doctor's assistant could be deemed an independent consultant and sought to clarify exactly what consultation entails. In other words, the policy of forbearance went hand in hand with active efforts to promote further development of the 'requirements of careful practice'.

The efforts of individual prosecutors to get doctors to report cases of euthanasia are another example of the active involvement of the prosecution authorities in policy development. The best known example is the local prosecutor in the judicial district of

[17] *Second Chamber of Parliament 1985-1986, Appendix*, no. 359.

Alkmaar. In the early 1980s, reporting a 'non-natural death' (euthanasia) was highly unattractive to doctors: it involved an investigation by the police with substantial emotional and practical consequences not only for the doctor but also for the relatives of the patient. The prosecutor in Alkmaar designed a procedure by which doctors could report euthanasia without having to undergo such unpleasantness. He promised the doctors in his district that they would not be troubled by the police if, in cases of euthanasia, they alerted the coroner and submitted a full written report. Evidence that the policy bore fruit is to be found in the rapidly increasing rate of reporting in the district of Alkmaar.

Another example of the active attitude of the prosecution authorities is the involvement of individual prosecutors in the formulation of protocols and guidelines for euthanasia by institutions such as hospitals and nursing homes. In the period 1989-1994 the number of Dutch hospitals and nursing homes to have an internal euthanasia policy rose considerably. Most of these policies reflect the emerging legal norms and in many cases local prosecutors were actively involved in stimulating and assisting the institutions concerned.

THE CONTRIBUTION OF PARLIAMENT AND THE FINDINGS OF EMPERICAL RESEARCH

Until 1980, the role of political actors was very small in the process of legal change concerning euthanasia. However, from 1980 onwards political parties started to publish their points of view and in 1984 the first bill reached Parliament. The author of the bill thought that both the person who requested euthanasia and the doctor who agreed to carry it out were exposed to an unacceptable degree of legal insecurity. Regulation of euthanasia, in her view, was the responsibility of the legislature. Her bill was the first of a series of parliamentary efforts to deal with the problem of euthanasia. [18]

In 1985, the State Commission on Euthanasia brought out a divided advice in which a strong majority pleaded for legalisation. The government – a coalition of Christian Democrats (CDA) and a right-of-centre liberal party (VVD) – in its reaction to the report, was inclined to the view that the time was not yet ripe for such a change. In case Parliament should be of a different view the government submitted a so-called 'Discussion Draft of a Bill'. A year later this 'Discussion Draft' was dropped in favour of a proposal to standardise 'the requirements of careful practice' in the Law on Medical Practice, but to leave the Criminal Code unchanged. However, before Parliament could deal with the proposal, the cabinet fell.[19]

The following Government – a coalition of Christian Democrats and the Labour Party (PvdA) – proposed that before changing the law, there should be a national study of the practice of euthanasia. Such research could only take place with the co-operation of the medical profession. To ensure their co-operation one of the Medical Association's long-held wishes was met: a procedure was adopted for reporting euthanasia including guidelines for the police and prosecutorial reaction, so that matters relating to euthanasia could be handled as discretely as possible.[20]

---

[18] The introduction of this first bill and the advice of the State Commission on Euthanasia are two of the major events of the crucial period 1984-1986, described in chapter 6.

[19] In chapter 7 I discuss the proposal to add the 'requirements of careful practice' to the Law on Medical Practice.

[20] I describe the study and the political discussion surrounding it in chapter 8.

The study showed that in 1990 almost 50,000 deaths (38% of all deaths) were preceded by a decision of a doctor to do something likely to lead to the earlier death of the patient. The vast majority of this decisions were decisions to abstain from treatment (22,500 deaths = 17.5% of all deaths) and to relieve pain with the risk of hastening death (22,500 deaths=17.5% of all deaths). In 2700 cases (2.1% of all deaths) the death was due to euthanasia (2300) and assistance with suicide (400). The researchers estimated that doctors did not fulfil 4000 concrete requests. In 1000 cases (0.8%) the doctor had terminated the life of the patient although the patient had not explicitly requested this.

By 1990 all doctors were aware of the substantive conditions and procedural safeguards applicable to euthanasia. As might be expected, the requirements that doctors themselves considered important were most often complied with. Euthanasia requires by definition an explicit request from the patient and doctors considered this request in almost all cases to come 'entirely from the patient himself'. The extent to which life was shortened was a month or less in 90% of the cases. At the time the decision to carry out euthanasia was made, in almost 90% of cases the current treatment was only palliative and in the remaining 10% it was aimed at prolonging life, not at cure. In about 80% of the cases there were no longer any treatment alternatives, and in almost all the remaining cases the patient did not want further treatment.

In 1993 Parliament gave legal status to the reporting procedure as that had been adopted in 1990. In 1994 a new government was formed in which, for the first time in modern Dutch political history, none of the confessional parties was represented. This government initiated a replication of the national research.[21] In 1995 almost 60,0000 deaths (42% of all deaths) resulted from a decision of a doctor that he knew would probably shorten the patient's life: 3200 cases of euthanasia (2.4%); 400 cases of assistance suicide (0.3%); 900 cases of termination of life without a request (0.7%); in 25,100 cases (18.5%) the doctor gave pain relief accepting the risk the patient would die; in 27,100 cases (20%) the patient died after a decision to abstain from treatment.

In 1995 there were 9400 concrete requests, of which about one in three actually resulted in euthanasia. The number of written requests increased from 35% in 1990 to 59% in 1995. In 92% of the cases of euthanasia the doctor had discussed the case with a colleague (84% in 1990) and in 79% the consultation was formal. The consulted doctor was seldom entirely independent. According to the findings, doctors discussed the situation with the family in 93% of all cases. It seems remarkable that a condition that has never attracted much attention from the KNMG, the courts, or other enforcing agencies has nevertheless remained so prominent in medical practice. Discussion with nursing staff took place in about a third of all cases of euthanasia and virtually across the board the frequency of discussion with nursing staff declined between 1990 and 1995.

From the 1995 research it became clear that the rate of reporting, while much improved from 18% in 1990, was still rather low (41%). To raise this figure it was decided to place a buffer between the doctors and the prosecution authorities. This took the form of Regional Assessment Committees, responsible for judging whether a case of euthanasia complies with the 'requirements for careful practice'. If this is the case, the Committees advised the prosecution authorities not to prosecute.

21 The second national study and the political reactions and actions form the largest part of chapter 9. Chapter 9 deals with the period 1994-2002.

In 1998, some members of Parliament again introduced a legalisation bill. The Cabinet - still without confessional parties - adopted the bill in somewhat revised form. In 2001 Parliament finally succeeded in enacting a euthanasia law. Under the new law a doctor who, after carrying out euthanasia, notifies the coroner of this fact will have his actions judged by a Regional Assessment Committee. If the Assessment Committee determines that the doctor complied with the 'requirements of careful practice' the case ends there.

Doctors are not criminally liable if they fulfil two conditions. First, they must adhere to the 'requirements of careful practice' as stipulated in the law; and second, they must report the termination of life to the coroner. According to the 'requirements of careful practice' provided in the law, the doctor must be convinced that the patient has made a voluntary and well considered request; he must be convinced that the patient's suffering is hopelessly and unbearable; he must have informed the patient about his situation and together they must be convinced that there is no reasonable alternative solution to the situation; he must have consulted at least one other independent doctor; and the ending of life must be carried out with due medical care.

The Law on Termination of Life on Request and Assisting Suicide adds essentially nothing to the 'requirements of careful practice' that emerged during the course of legal development. Formally speaking one might say that the requirements of consultation and reporting receive greater weight. These have now been included in the law, while heretofore the courts did not see shortcomings in these two areas as an obstacle to a successful defence of justification. However, during the parliamentary proceedings the Minister of Justice repeatedly stated that there would be no change in prosecution policy.

Considering that the legislature believed that the only effect of the legislation was to sanction the legal change already accomplished by the courts, one might ask why enacting the law took so long. One reason is to be found in the general features of 'social regulatory issues' such as abortion and euthanasia. Moral controversies tend to rage for a long time because of the intensity of ideological dispute. Judicial decisions in such cases do not necessarily bring the matter to a close. Awaiting social developments – for example a consolidation of public opinion – is an attractive option for a legislature bent on minimising political risk.[22]

This explanation is consistent with the characteristic Dutch politics of conflict avoidance. Avoidance has traditionally been accomplished by postponement of decision-making or by 'de-politicising' an issue as much as possible. Difficult political decisions are often side-stepped, at least for a time, by leaving immediate problems to the courts and by appointing advisory commissions. In the case of euthanasia, a state commission was appointed in 1982 and all legislation was put on parliamentary hold until its report in 1985. Postponement and de-politicisation can also be accomplished by referring an issue to 'research'. Once again euthanasia is an example, the national studies of 1990 and 1995 serving as excuses for the further postponement of legislative action.

Perhaps most importantly, the Christian Democratic Party, opponents of legislative legalisation of euthanasia, figured in all the different governments until 1994. The verdict of the Supreme Court in 1984 resulted in a political deadlock. A government bill to overrule the Supreme Court's decision would have been unacceptable to the coalition partners of the Christian Democrats – until 1989 the right-of-centre liberal party and between 1989 and

[22] Tatalovich and Daynes 1984: 219.

1994 the Labour Party – but formally ratifying the verdict in legislation was equally unacceptable to the Christian Democrats.[23]

But even the two Governments after 1994, in which the confessional parties had no representation, did not put much energy into securing legislation. The guiding principle seemed to be not offending the Christian Democrats (and those members of their own parties who had reservations) and continuing the search for common ground. The government's hand was ultimately forced by a private member's bill that quickly attracted a parliamentary majority. At that point the government decided to retain control over the situation by introducing the bill that finally became law.

[23] Van Hees and Steunenberg 2000: 305-324.

Aangehaalde literatuur

A.I.,
'Euthanasie?', *Medisch Contact* 32 (1977): 591.
Achterhuis, Hans, e.a..,
Als de dood voor het leven. Over professionele hulp bij zelfmoord (Amsterdam 1995).
Admiraal, P.V.,
'Pijnbestrijding', *Geneeskundige Gids. Tijdschrift voor Geneeskunst en Volksgezondheid. Nieuwe serie* 3 (1972): 455-459.
Admiraal, P.V.,
'Euthanasie in het ziekenhuis' in Muntendam 1977: 188-209.
Admiraal, P.V.,
Verantwoorde euthanasie. *Een handleiding voor artsen* (Amsterdam 1980).
Admiraal, P.V.,
'Verantwoorde euthanasie. Reacties op een brochure becommentarieerd', *Medisch Contact* 37 (1982): 595-598.
Admiraal, P.V.,
'Wikken en wegen', *Metamedica* 61 (1982): 287.
Admiraal, P.V.,
'Euthanasiebrochure. Naschrift', *Medisch Contact* 38 (1983): 1145-1146.
Admiraal, P.V.,
Euthanasie en de Eed van Hippocrates. Herinneringen van een anesthesioloog (Amsterdam 1998).
Agt, A.A.M. van,
'Het ziekenhuis en de eerbied voor het menselijk leven' in J.M.M. Maeijer e.a., *Juridische problemen in en rond het ziekenhuis* (Deventer 1971): 75-88.
Ahnsohn, E.,
Spreken en zwijgen aan het ziekbed. Grondproblemen van de medische bijstand bij het sterven (Nijmegen 1968).
Aken, B. van,
Euthanasie tussen wet en geweten (Utrecht en Aartselaar 1986).
Aller, R. van,
'Engelen van de dood? Verpleging en euthanasie', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging. Nieuwe serie* 41 (1987): 96-100.
Alphen, H.A.M. van, e.a.
'Euthanasie, recht en medische ethiek', *Nederlands Juristenblad* 61 (1986): 311-314.
Amir, A.P.,
'Uit het leven van een hoopvol man. Open brief aan professor dr. J.H. van den Berg', *Het Ziekenhuiswezen* 42 (1969): 497-501.
Anjewierden, O.,
Strafrecht en euthanasie (Nijmegen 1988).
B. van,
'Psychiatrisch juridisch gezelschap. Verslag van de lezing van Kooyman: 'De arts tussen reanimatie en euthanasie'', *Nederlands Juristenblad* 40 (1965): 999-1003.
Baggen, J.L.,
'Onderscheid tussen medische ethiek en respect voor het leven', *Medisch Contact* 21 (1966): 721-725.
Bakker, R.,
Een pad voorbij (Amsterdam 1982).
Balen, A. van,
'Hufeland's medische plichtenleer', *R.K. Artsenblad* 2 (1923-1924): 168-182; 310-319.
Balen, G.F.,
'De waarheid aan het ziekbed', *R.K. Artsenblad* 34 (1955): 421-426.
Battin, M.P.,
'Seven caveats concerning the discussion of euthanasia in Holland', *Perspectives in Biology and Medicine* 34 (1990): 73-77.
Battin, M.P.,
'Seven (more) caveats concerning the discussion of euthanasie in Holland', *Newsletter of the American Philosophical Association Committee on Philosophy and Medicine* 92 (1993): 76-80.

Bax, H.R.,
'Het ziekbed der ongeneeslijken', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 100 (1956): 2601-2611.
Beaufort, I. de,
'Zelfdoding in moreel perspectief. Naar aanleiding van H.M. Kuiterts "Suïcide: wat is er tegen?"', *Filosofie & Praktijk* 7 (1986): 1-15.
Beckers G. e.a. (red),
Menswaardig sterven (Baarn 1974).
Beemer, Th.,
'Bespreking van *Recent Medisch Ethisch Denken II*', *Metamedica* 50 (1971): 228-232.
Beemer, Th.C.J. en M. de Wachter,
'Recente kerkelijke uitspraken over stervenshulp en euthanasie in de Rooms-Katholieke Kerk' in Beckers 1974: 224-229.
Bellersen, M.M. en C.E.A.M. Raat,
Euthanasie bij pasgeborenen. Ethische en pedagogische aspecten (Utrecht 1983).
Bender, L.,
Gij zult niet dooden. I. Levensrecht-dooden-euthanasie-vruchtafdrijving (Hilversum 1937).
Bender, L.,
Gij zult niet dooden. II. Zelfverdediging-doodstraf-oorlog en opstand (Hilversum 1938).
Bender, L.,
Gij zult niet dooden. III. Levensplicht en zelfmoord. Gevaren vermijden-verhaasten van den dood-duel (Hilversum 1938).
Bender, L.,
Gij zult niet dooden. IV. Verminken en onvruchtbaar maken (Hilversum 1939).
Bender, L.,
Euthanasie in zedeleer en strafrecht ('s-Hertogenbosch 1953).
Bender, L.,
'Het levensrecht', *R.K.Artsenblad* 36 (1957): 13-20.
Benjaminsen, M.,
Bij het einde: een onderzoek naar terminale zorg en euthanasieproblematiek in Utrecht (Utrecht 1988).
Berg, J.H. van den,
Het menselijk lichaam. Een metabletisch onderzoek (Nijkerk 1959).
Berg, J.H. van den,
'Macht en ethiek van de medische wetenschap. Verslag van de lezing van prof. dr J.H. van den Berg', *Hypothese* 12 (1968-1969): 170-180.
Berg, J.H. van den,
Medische macht en medische ethiek (Nijkerk 1969).
Berger, W.J.,
Leren bijstaan van stervenden (Nijmegen en Utrecht 1968).
Bergkamp, L.,
'Het arrest van de Hoge Raad. Een oplossing voor het euthanasievraagstuk?', *Medisch Contact* 40 (1985): 91-93.
Bergkamp, L., J. Bergkamp, P. Bergkamp en K.M. Brouwer,
'Het advies van de staatscommissie euthanasie. Enkele discussiepunten', *Nederlands Juristenblad* 61 (1986): 47-50.
Berkestijn, Th.M.G. van,
'Met het criterium "stervensfase" is het hek van de dam. KNMG Standpunt inzake euthanasie', *Medisch Contact* 41 (1986): 291-294.
Beurskens, W.H.,
'Euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127 (1983): 1355-1356.
Bie, P. de en P. Witteman,
De zaak Stinissen. Hoe lang mag sterven duren? (Weesp 1985).
Bijleveld, P. J.,
Art. 293 Wetboek van Strafrecht (Wet van 8 maart 1881, Stbl. 35) (Leiden 1883).
Bijlsma, U.G. e.a.,
Opium en morphine (Leiden 1925).

Binsbergen, W.C. van,
'Euthanasie, een aantal kanttekeningen', *Delikt en Delinkwent* 4 (1974): 459-471.
Bisschoppen van Nederland,
Herderlijk schrijven over lijden en sterven van zieken (Utrecht 1985).
Blad, J.R.,
'Decriminalisering van actieve euthanasie: reflecties met betrekking tot een actueel crimineel-politiek probleem', in *Bezonnen hoop : opstellen aangeboden aan Prof. Mr. L.H.C. Hulsman* (Zwolle 1986): 15-28.
Blad, J.R.,
Tussen lots- en zelfbeschikking (Arnhem 1990).
Blad, J.R.,
Abolitionisme als strafrechtstheorie. Theoretische beschouwingen over het abolitionisme van L.H.C. Hulsman (Deventer en Rotterdam 1996).
Blijham, H.,
'Is "verantwoorde euthanasie" wel zo verantwoord?', *Informatiebulletin Nederlandse Artsenverbond* 8 (1981): 37-50.
Bloemhof, F.,
'Christelijke mensbeschouwing en medische ethiek', *Soteria* 7 (1962): 64-71.
Blois, M. de en W.L. Borst,
'Het Alkmaarse euthanasie-vonnis', *Nederlands Juristenblad* 58 (1983): 1249-1253.
Bobbe, D., B. Moritz en F. Bareman,
'Vragers om hulp bij zelfdoding. Een onderzoek bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 54 (1989): 373-384.
Boeré, L.A. e.a.,
De verlenging van het leven (Kampen 1964).
Bos, E.,
'Beroepsgeheim dekmantel voor euthanasie', *Informatiebulletin Nederlands Artsenverbond* 10 (1983): 87-91.
Bosma, J.M. en G. van der Wal,
Kwaliteitsborging en toetsing achteraf van euthanasie en hulp bij zelfdoding (Amsterdam 1997).
Bosmans, J.,
Staatkundige vormgeving in Nederland. Deel II. De tijd na 1940 (Assen 1995).
Braakman, R., J.M. Minderhout en G.J. Gelpke,
'De prognose van de vegetatieve toestand na een ernstig traumatisch letsel', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127 (1983): 2406-2410.
Brauw, P.J.W. de,
'Stervensbegeleiding door een arts' in Van Tol 1986: 83-99.
Brenninkmeijer, A.J.,
'Houding van de arts ten opzichte van de ongeneeslijke zieke', *R.K. Artsenblad* 36 (1957): 113-119.
Brenk, G. van den, e.a.,
De dood, de patiënt en de dokter. Euthanasie: hulpverlening? (Nijkerk 1988).
Bronkhorst, C.,
'De juridische kant van euthanasie', *R.K. Artsenblad* 32 (1953): 225-234.
Bronkhorst, C.,
'Leven en dood in het recht van onze tijd' in Obbink e.a. 1961: 48-62.
Bronkhorst, C.,
'Overmacht in het strafrecht. Poort tot concrete gerechtigheid', *Ars Aequi* 34 (1985): 663-667.
Bruïne, Tj.L.A.,
'De arts in de huidige geestelijke crisis', *Soteria* 14 (1970): 2-9.
Bruntink, R.,
Een goede plek om te sterven. Palliatieve zorg in Nederland. Een wegwijzer (Zutphen 2002).
Buijze, F. en D.J. van Lammeren,
'Gemeentelijk lijkschouwer en euthanasie', *Medisch Contact* 40 (1985): 1194-1196.
Burkens, J.C.J.,
'Hoelang en hoever moeten wij de therapie voortzetten', *Soteria* 3 (1959): 233-241.
Buys, H.,
'Euthanasie of levensbekorting. De plaats van de arts', *Medisch Contact* 34 (1979): 371-374.

Calff, J.P.,
Medische ethiek vandaag. Zestien vraaggesprekken met vooraanstaande medici (Amsterdam en Brussel 1969).
Catsburg, I. en C. de Boer,
'Meningen over euthanasie. Politieke partijen en hun achterban', *De Psycholoog* 21 (1986): 237-252.
Catz, E.W.,
'Reanimatie-plicht', *Medisch Contact* 15 (1960): 323-325.
Cense, W.H.,
'Doodsoorzaakverklaring', *Medisch Contact* 43 (1988): 36.
Cense, W.H.,
'Onderzoek euthanasie: standpunt KNMG', *Medisch Contact* 45 (1990): 963.
Centrale Raad voor de Volksgezondheid,
Deeladvies juridische relatie tussen patiënt en arts ('s-Gravenhage 1980).
Chabot, B.E.,
Zelf beschikt (Amsterdam 1993).
Chabot, B.E.,
'Hulp bij zelfdoding: drie rechtszaken', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48 (1993): 715-738.
Chabot, B.E.,
'Stervenshulp, de twistappel van het gelijk', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 49 (1994): 528-540.
Chabot, B.E.,
'Versterving, een oude weg naar Rome', *Vox Hospitii* 20 (1996): 3-8.
Chabot, B.E.,
Sterven op drift. Over doodsverlangen en onmacht (Nijmegen 1996).
Chabot, B.E.,
Sterfwerk. De dramaturgie van zelfdoding in eigen kring (Nijmegen 2001).
Charité, J. (red),
Biografisch woordenboek van Nederland. Tweede deel (Amsterdam 1985).
Cohen, H.S.,
'Euthanasie en exhibitionisme (I)', *Medisch Contact* 39 (1984): 5.
Colenbrander, M., C. Fehmers en Th. Hammes,
Medische ethiek (Amsterdam 1936).
Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie,
Medische beslissingen rond het levenseinde. Rapport van de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie ('s-Gravenhage 1991).
Cremers, H.Th.P.,
'Euthanasie wettelijk "natuurlijk"?', *Medisch Contact* 37 (1982): 989-990.
Cremers, H.Th.P.,
'De doodsoorzaakverklaring, euthanasie en hulp bij zelfdoding', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127 (1983): 1356.
Cremers, H.Th.P.,
'KNMG-standpunt inzake euthanasie', *Medisch Contact* 39 (1984): 1197.
Crul, B.P.J.,
Mens en pijn. Dilemma's van de hedendaagse pijnbestrijding (Nijmegen 1997).
Crul, B.V.M.,
'Lijdensweg door goed dokterschap', *Medisch Contact* 56 (2001): 235.
Crul, B.V.M.,
'Levensmoe dekt de lading volstrekt niet', *Medisch Contact* 56 (2001): 772-774.
Dam, H. van en M. Peeters,
'Els Borst over de regeling rond de goede dood: Het debat zal blijven doorgaan', *Relevant* 28 (2002), 2: 6-10.

Dam, R. van,
'Geneeskunde en ethiek' in W.J. Kooiman en J.H. van Veen, *Pro regno sanctuario. Een bundel studies en bijdragen van vrienden en vereerders bij de zestigste verjaardag van prof. dr. G. van der Leeuw* (Nijkerk 1950).
Dantzig, A. van,
'Doodgaan is doodgewoon. Een pleidooi voor de medische exceptie', *Medisch Contact* 53 (1998): 63-65.
Dekker, A., G.E. Mulder en D. Post,
Euthanasie, medische, ethische en juridische aspecten (Kampen 1982).
Demeersseman, H.A.,
'De levensberoving bij de misdrijven tegen het leven' in *Naar eer en geweten. Liber amicorum J. Remmelink* (Arnhem 1987): 105-115.
Derksen, Th.W.J.,
'Een bedenkelijk verschijnsel', *Medisch Contact* 41 (1986): 656.
Dessaur, C.I.,
'Euthanasie. De zelfmoord op zieken en bejaarden', *Delikt en Delinkwent* 15 (1985): 913-917.
Dessaur, C.I. en C.J.C. Rutenfrans,
Mag de dokter doden? Argumenten en documenten tegen het euthanasiasme (Amsterdam 1986).
Diekstra, R.F.W.,
Crisis en gedragskeuze. Een theoretische en empirische bijdrage tot het zelfmoordprobleem (Meppel 1973).
Diekstra, R.F.W.,
Over suïcide, zelfdestructie, zelfbehoud en hulpverlening (Alphen aan de Rijn en Brussel 1981).
Diekstra, R.F.W. en A.C.J.M. van Erven e.a.,
Denken over en aan zelfmoord. Een onderzoek naar voorkomen van en opvattingen over suicidaal gedrag onder het publiek (Nijmegen 1977).
Diepen, M. van,
'Het zwartboek van verpleegkundigen' in L. Boon, *Ethiek, Recht & Zorg. Dilemma's bij euthanasie, AIDS, begin van leven en grenzen van zorg* (Amstelveen 1986): 33-36.
Dierick, G.,
Vragen om de dood. Beschouwingen over euthanasie (Baarn 1983).
Doek, J.E.,
Levensbeëindinging bij minderjarigen. Bewerking van een voordracht gehouden in een bijeenkomst van hoogleraren aan de VU. 13 maart 1986 (Amsterdam 1986).
Does de Willebois, J.A. van der,
'Discussie euthanasie', *Nederlands Tijdschift voor Geneeskunde* 126 (1982): 1107.
Dorenbos, L.P. e.a.,
Zijn we verdwaald in het land zonder grenzen? (Nijkerk 1987).
Dorscheidt, J.H.H.M.,
'Grenzen van kunstmatige voedsel- en vochttoediening bij langdurig comateuze patiënten', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 17 (1993): 134-148.
Dorst, A.J.A. van (red),
Staatscommissie voor de zamenstelling van een wetboek van strafregt "1870-1876" (Tilburg 1976).
Douma, J.,
Euthanasie (Groningen 1973).
Downing, A. B. e.a.,
Euthanasie. Het recht om te sterven (Utrecht en Antwerpen 1970).
Drift, L. van der,
'Medische ethiek anno 1970', *Medisch Contact* 25 (1970): 413-418.
Drion, H.,
Het zelfgewilde einde van oude mensen. Met reacties van Ch.J. Enschedé, H. Kuitert en anderen (Amsterdam 1992).
Dupuis, H.M.,
Heeft de eed van Hippocrates nog betekenis voor de 21e eeuw? (Raalte 1994).
Dussen, F.J. van der,
'Arrest Hoge Raad (27 november 1984)', *Kwartaalblad Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie* 10 (1984), nr. 4: 10.

Eeden, C.J.A.M.
Waarnemen als besturingsopdracht. Governance, hermeneutiek, beeldvorming en het vraagstuk van levensbeëindigend handelen (Rotterdam 2001).
Eijk-Osterholt, C. van,
'De dood geholpen. Over het proces Wertheim', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 37 (1982): 3-17.
Ekelmans, J.,
'De mondige sterveling', *Medisch Contact* 26 (1971): 791-796.
Ekelmans, J.,
'Juridische aspecten van euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 116 (1972): 1096-1102.
Elders, J., e.a.,
Euthanasie, ethiek en recht (Assen 1985).
Engbers, D.P.,
Met permissie. Morele argumentaties inzake het toestemmingsbeginsel bij de totstandkoming van de Wet Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst (Deventer 1997).
Engers, B.,
'Wie gaf toestemming', *Kwartaalblad Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie* 7 (1981) 4: 9.
Enklaar, J.,
Terminus. Dr. Ben Zylics en de kunst van het sterven (Zutphen 1999).
Enschedé, C.,
'Abortus op medische indicatie en strafrecht', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 110 (1966): 1349-1353.
Enschedé, Ch.J.,
Over de meervoudigheid van maatschappelijke normstelsels: enkele rechtstheoretische opmerkingen. Mededelingen der Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, afd. Letterkunde, nieuwe reeks, deel 47, no. 5 (Amsterdam 1984).
Enschedé, Ch.J.,
De arts en de dood. Sterven en recht. Opstellen over een toekomstig euthanasiebeleid (Deventer 1985).
Enschedé, Ch.J.,
'Wetgeving door nalaten en euthanasie', *Nederlands Juristenblad* 60 (1985): 241-244.
Enschedé, Ch.J.,
'Euthanasie en overlijdensverklaring', *Nederlands Juristenblad* 60 (1985): 797-802.
Enschedé, Ch.J.,
'Kanttekeningen bij het advies van de staatscommissie euthanasie', *Nederlands Juristenblad* 61 (1986): 37-43.
Enschedé, Ch.J.,
'Boter, melk en kaas', *Nederlands Juristenblad* 61 (1986): 745-748.
Enschedé, Ch.J., G.E. Langemeijer, A. Mulder en Th.W van Veen,
'Hoge Raad en euthanasie', *Medisch Contact* 42 (1987): 133.
Enschedé, Ch. J.,
'De verklaring van overlijden', *RMThemis* (1987): 108-120.
Enthoven, L.,
Op sterven na dood. Euthanasie in Nederland (Deventer 1987).
Enthoven, L.,
Het recht op leven en dood (Deventer 1988).
Es, J.C. van,
Ieder sterft zijn eigen dood. Hulpverlening van de huisarts aan zijn stervenden patiënten (Utrecht 1973).
Es, J.C. van,
'Ieder sterft zijn eigen dood' in Beckers 1974: 59-73.
Es, J.C. van,
'Euthanasie: juridisch of medisch?', *Medisch Contact* 40 (1985): 1051.
Es. J.C. van,
'Euthanasie als realiteit', *Medisch Contact* 41 (1986): 687.

Es, J.C. van,
'Nogmaals euthanasie', *Medisch Contact* 41 (1986): 287.
Es, J.C. van en W.R. Vroom-Kastelein,
'Euthanasie: Arrest gerechtshof 's Gravenhage van 11 september 1986', *Medisch Contact* 41 (1986): 1329-1330.
Es, J.C. van en W.R. Vroom Kastelein,
'Twee actuele casus inzake euthanasie', *Medisch Contact* 41 (1986): 1519-1523.
Esterik, L.G. van (red),
Help jij dat ik verder mag leven? Over euthanasie (Den Haag 1985).
Eyk, H.H. van, en C.F. Schreve (red),
Artsenboekje (Amsterdam 1915).
Faber, H.,
'De pastor en de vraagstukken rondom de euthanasie', *Soteria* 3 (1959): 241-246.
Faber, H.,
Problemen rond het ziekbed (Assen 1959).
Faber, H. (red),
Over dood en sterven (Leiden 1971).
Feber, H.R.G.,
'De Terpzaak. Een toelichting', *Medisch Contact* 42 (1987): 199-204.
Feber, H.R.G.,
'De wederwaardigheden van art. 293 van het Wetboek van Strafrecht van 1981 tot heden' in Van der Wal 1987: 54-83.
Feber, H.R.G.,
'Euthanasiewetgeving. Verder uitstel is ongewenst', *Nederlands Juristenblad* 64 (1989): 1441-1445.
Feber, H.R.G.,
'Nu of nooit. Euthanasie uit het strafrecht', *Medisch Contact* 51 (1996):1606-1618.
Feningsen, R.,
Euthanasie: een weldaad? (Deventer 1987).
Fenigsen, R.,
'A case against Dutch euthanasia', *Hastings Center Report* 19 (1989), jan-febr: 22-30.
Frenkel, F.E.,
'Euthanasie en de wet', *Medisch Contact* 37 (1982): 313-316.
Frenkel, F.E.,
'De strafrechtelijke infrastructuur van hulp bij zelfdoding', *Nederlands Juristenblad* 57 (1982): 807-810.
Galenkamp, H.,
'Beëindiging van menselijk leven', *Ambt en Plicht* 18 (1972): 1-11.
Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid,
De meldingsprocedure euthanasie/hulp bij zelfdoding en psychiatrische patiënten (Rijswijk 1993).
Generale Synode der Nederlands Hervormde Kerk,
Euthanasie. Zin en begrenzing van het medisch handelen ('s-Gravenhage 1972).
Gevers, J., en J. Hubben,
Grenzen aan de zorg: zorgen aan de grens. Liber amicorum voor prof. dr. H.J.J. Leenen (Alphen aan de Rijn 1990).
Gevers, J.K.M.,
'Euthanasie. Het rapport van de Staatscommissie', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 9 (1985): 328-332.
Gezondheidsraad,
Interim-advies inzake euthanasie ('s-Gravenhage 1972).
Gezondheidsraad,
Advies van de Gezondheidsraad inzake hersendoodscriteria ('s-Gravenhage 1973).
Gezondheidsraad,
Advies inzake euthanasie bij pasgeborenen (Rijswijk 1975).
Gezondheidsraad,
Euthanasie. Advies inzake euthanasie uitgebracht door de Gezondheidsraad ('s-Gravenhage 1982).
Gezondheidsraad,
Suïcide ('s-Gravenhage 1986).

Gezondheidsraad,
Advies inzake zorgvuldigheidseisen euthanasie ('s-Gravenhage 1987).
Gezondheidsraad,
Patiënten in een vegetatieve toestand (Den Haag 1994).
Gomez, C.F.,
Regulating Death. Euthanasia and the case of the Netherlands (New York etc 1991).
Gooijer, P.,
Koen. Overleven en overlijden (Houten 1987).
Goudsmit, C.J.,
'Volksgezondheid en recht' in idem, *Volksgezondheid en Recht* (IJmuiden 1966): 7-26.
Goudsmit, C.J.,
'De medische ethiek met betrekking tot de nieuwste ontwikkelingen in de geneeskunde', *Medisch Contact* 24 (1969): 386.
Graaf, J. de (e.a.),
Euthanasie. Recht, ethiek en medische praktijk (Deventer 1985).
Greeve, M.,
Zelfmoord (met ideeën betreffende eene wettelijke regeling) (Den Haag 1923).
Griffiths, J.,
'Euthanasie: legalisering of decriminalisering?', *Nederlands Juristenblad* 72 (1997): 619-628.
Griffiths, J., A. Bood en H. Weyers,
Euthanasia and Law in the Netherlands (Amsterdam 1998).
Gunning, F.D.,
'Meet de rechterlijke macht met twee maten?', *Medisch Contact* 41 (1986): 1061.
Gunning, K.F.,
'Spelen met de dood', *Informatiebulletin Nederlands Artsenverbond* 4 (1978): 94-104.
Gunning, K.F.,
'Bedenkelijk verschijnsel? (2)', *Medisch Contact* 41 (1986): 845.
Haersolte, R.A.V. van,
'Over het leven beschikken', *Nederlands Tijdschrift voor Rechtsfilosofie en Rechtstheorie* (1985): 68-69.
Hage-Noël,
'Discussie euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 126 (1982): 1055-1056.
Hamers, A.,
'Euthanasie in de praktijk', *Nederlands Forensisch Tijdschrift* 7 (1988): 7-10.
Hanssen, L.,
Sterven als een polemist. Menno ter Braak 1902-1940. Deel Twee 1930-1940 (Amsterdam 2001).
Hart, A.C. 't,
'Noot bij het arrest van de Hoge Raad van 28 mei 1991', *Nederlandse Jurisprundentie* (1991) nr. 789: 3462-3465.
Hartogh, G. A. den,
'Recht op de dood? Zelfbeschikking en barmhartigheid als rechtvaardigingsgronden voor euthanasie', *Recht en kritiek* 22 (1996): 148-169.
Hartog, G. A. den,
'Euthanasie onder de medische exceptie?', *Medisch Contact* 53 (1998): 1539-1541.
Hartogh, G.A. den,
'Doodmaken is niet doodgewoon', *Medisch Contact* 53 (1998): 1134-1136.
Haverkate, I. en G. van der Wal,
Instellingsbeleid inzake medische beslissingen rond het levenseinde in de intramurale gezondheidszorg (Rijswijk 1996).
Heek, F. van,
Actieve euthanasie als sociologisch probleem (Meppel 1975).
Heek, F. van,
'Euthanasie als sociologisch vraagstuk' in Muntendam e.a. 1977: 48-72.
Heering, H.J.,
Ethiek der voorlopigheid (Nijkerk 1969).
Heering, M. J. en H.J Heering,
'Stervensverlangen-stervensbegeleiding–euthanasie', *Medisch Contact* 28 (1973): 841-845.

Heerma van Voss, A.J.,
'Stellingen over de zelfdoodshulp', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 36 (1981): 298-299.
Hees, M. van en B. Steunenberg,
'The choices judges make. Court rulings, personal values, and legal constraints', *Journal of Theoretical Politics* 12 (2000): 305-324.
Heide, A. van der e.a.,
'Onderzoek naar de frequentie van het afzien van (kunstmatige) toediening van voedsel en vocht aan het levenseinde', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 141 (1997): 1918-1925.
Heilige congregatie voor de geloofsleer,
'Euthanasie. Verklaring van de heilige congregatie voor de geloofsleer over de euthanasie, 5 mei 1980', *Archief van de Kerk* 35 (1980): 801-807.
Hellemondt, G.D.M. van en J.J. Rasker,
'Over het KNMG-standpunt inzake euthanasie', *Medisch Contact* 39 (1984): 1209-1211.
Herbergs, B.,
Laat me sterven voor ik wakker word... Tien jaar strijd om het recht op een menswaardig levenseinde (Amsterdam en Brussel 1984).
Heringa, G.C.,
'Reactie van de redactie van Medisch Contact op 'het proces over euthanasie en de medische ethiek', *Medisch Contact* 7 (1952): 438.
Hessing-Couvret, E.,
Houdingen tegenover euthanasie en hulp bij zelfdoding. Peiling onder de Nederlandse bevolking i.o.v. NVVE (Amsterdam 2001).
Hijmans, A.,
'Pastorale overwegingen rond het probleem "leven en dood"' in Obbink e.a. 1961: 17-39.
Hilarius, J.,
De geur van abrikozenbloesem ontstegen. Kroniek van een suïcide counselor. Aanklacht tegen criminalisering van hulpvaardigheid. Ontkenning van doodsverlangen nader beschouwd (Castricum 1998).
Hilhorst, H.W.A., H.M. de Jong en P.C.M. Smulders,
Politici over euthanasie. De euthanasiekwestie in de politiek (Utrecht 1978).
Hillhorst H.W.A.,
Euthanasie in het ziekenhuis. De 'zachte dood' bij ziekenhuispatiënten (Lochem 1983).
Hirsch, S.J.,
Hulp en aanzetting tot zelfmoord (artikel 294 Wetboek van Strafrecht) (Tiel 1882).
Hirsch Ballin, E.M.H.,
'Over het leven beschikken', *Nederlands Tijdschrift voor Rechtsfilosofie en Rechtstheorie* 13 (1984): 182-187.
Hirsch Ballin, E.M.H.,
'Naschrift', *Nederlands Tijdschrift voor Rechtsfilosofie en Rechtstheorie* 14 (1985): 72-73.
Hoek, J.,
'Een schokkend rapport van de Staatscommissie Euthanasie', *Nieuw Nederland* 11 (1985), sept-okt: 14-16.
Hoekstra, Sj.,
'De arts en de stervende', *Soteria* 10 (1966): 98-105.
Hoeven, H. van der,
De vraag: mag het wetboek van strafrecht ongewijzigd ingevoerd worden? (Leiden 1884).
Hofstede, P.,
Tot onze diepe droefheid (Baarn 1970).
Holdijk, G.,
'Juridische aspecten van de euthanasie-problematiek' in Van Esterik 1985: 77-101.
Holdijk G., J. Smulder en W.L.H. Smelt,
Levensbeëindigend handelen bij langdurig comateuze patiënten. Reactie op: KNMG-discussienota 'Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten. Deel II Langdurig comateuze patiënten ('s-Gravenhage 1992).
Holk, L.J. van,
'Is euthanasie zedelijk verwerpelijk?' in idem, *Moreel Beraad II. Een bundel zedekundige opstellen* (Delft 1953): 89-100.

Holsteyn, J. van en M. Trappenburg,
Het laatste oordeel. Meningen over nieuwe vormen van euthanasie (Baarn 1996).
Hoofdakker, R.H. van den,
'Het bolwerk der beterweters', *Wijsgerig Perspectief op Maatschappij en Samenleving* 9 (1968-1969): 292-301.
Hoogerkamp, G.,
Euthanasie op het Binnenhof. De euthanasiediscussie in politiek-historisch perspectief (1978-1992) (Utrecht 1992).
Hoogslag, G.,
'Euthanasie en rechtsgang', *Medisch Contact* 40 (1985): 1116.
Houben, G.M.M.,
'Vrijwillige euthanasie: Enschedé contra Leenen', *Nederlands Juristenblad* 61 (1986): 1249-1250.
Hubben, J.H.,
'De zaak Brongersma en de taak van de medicus', *Nederlands Juristenblad* 75 (2000): 2000-2002.
Hufeland, C.W.,
Enchiridion Medicum. Handleiding voor de geneeskundige praktijk (Amsterdam 1841).
Hulst, L.A.,
'De World Medical Association', *Medisch Contact* 8 (1953): 504-509.
Humanistisch Verbond,
'Euthanasie', *Rekenschap* 23 (1976): 43-45.
Humphry, D.,
Waardig sterven. Praktische aspecten van euthanasie en (hulp bij) zelfdoding (Amsterdam 1992).
Huygen, F.J.A. (red) e.a.,
Menswaardig sterven. Verslag van een gelijknamig symposium dat gehouden werd op 14 april 1973 in Nijmegen (Bilthoven 1974).
Illich, I.,
Grenzen aan de geneeskunde. Het medisch bedrijf, een bedreiging voor de gezondheid? (Baarn 1978).
Indewey Gerlings-Huurman, Th.,
Het Leeuwarder euthanasieproces. Feiten en commentaren (Nijkerk 1977).
Indewey Gerlings-Huurman, Th.,
'Hoe waardig te sterven. Het Schotse boekje', *Kwartaalblad Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie* 7 (1981), nr. 4: 9.
Indewey Gerlings -Huurman, Th.,
De milde dood (Amsterdam 1983).
Inspectie voor de Gezondheidszorg,
Vocht- en voesselvoorziening in de Nederlandse verpleeghuizen. Beleid en praktijk (Den Haag 1999).
Jasperse, C.W.G.,
'Suicide' in Van der Wolk 1975: 305-327.
Jörg, N.,
'Euthanasie en het strafrecht' in *Euthanasie vanuit het recht* . Uitgegeven door de Juridische Studenten Vereniging van Utrecht (Utrecht 1986): 5-9.
Jonges, P.,
'Predikant en dokter aan het sterfbed', *Theologie en Practijk* 16 (1956): 139-153.
Jongh, D.K. de,
'Over medische ethiek', *Medisch Contact* 5 (1949): 526-533.
Jongsma, M.W.,
'Medische ethiek', *Medisch Contact* 21 (1966): 311-317.
Josephus Jitta, A.N.A.,
'Het rapport van de Staatcommisie Euthanasie', *Nederlands Juristenblad* 61 (1986): 42-49.
Josephus Jitta, A.N.A.,
'Justitiële toetsing vooraf. Naar een grotere meldingsbereidhed van euthanasie', *Medisch Contact* 53 (1998): 34-36.
Juristenvereniging Pro Vita,
De dood, uitkomst voor het leven? (Amsterdam 1987).

Katholieke Vereniging van Ziekeninrichtingen (KVZ),
Euthanasie. Verslag van de studiebijeenkomst van de Katholieke Vereniging van Ziekeninrichtingen d.d. 23 november 1978 (Utrecht 1978).
KVZ,
Beslissen over het leven van comapatiënten (Utrecht 1992).
Kastelein, W.R. en R.J.M. Dillmann,
'Euthanasie door niet-behandelend arts', *Medisch Contact* 49 (1994): 1507-1510.
Kelk, C.,
'Euthanasie-arrest', *Ars Aequi* 34 (1985): 330-342.
Kelk, C.,
'Tweede euthanasie-arrest', *Ars Aequi* 36 (1987): 488-496.
Kelk, C.,
'Aan de grens van het bestaan. Beschouwingen over euthanasie' in Gevers en Hubben 1990: 147-170.
Kelk, C.,
'De praktijk van de euthanasie. Het einde van het rijpingsproces?', *Nederlands Juristenblad* 72 (1997): 101-108.
Kennedy, J.C.,
Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig (Amsterdam en Meppel 1995).
Kennedy, J.,
Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland (Amsterdam 2002).
Kenter, E.G.H.,
'Euthanasie in een huisartspraktijk', *Medisch Contact* 38 (1983): 1179-1183.
Kenter, E.G.H.,
Het leven verlaten (Haarlem 1984).
Kenter, E.G.H.,
'Euthanasie in een huisartspraktijk. Vijf jaar later', *Medisch Contact* 44 (1989): 907-910.
Kenter, E.G.H., J.H.J. Wassenberg, P.E. Sutorius en J.E. Dibbets,
'Vooraf toetsen bij euthanasie', *Medisch Contact* 53 (1998): 359-362.
Keown, J.,
'The law and practice of euthanasia in the Netherlands', *The Law Quarterly Review* 107 (1992): 51-79.
Kerkhof, A.J.F.M.,
'Hulp bij zelfdoding', *Medisch Contact* 38 (1983): 470-473.
Kessel, R. van,
Euthanasie. Een publikatie van het Nederlands Gesprek Centrum (Baarn 1975).
Kimsma, G.K. and C. Ciesielski-Carlucci,
'Euthanasie. Rapporteren of niet?', *Medisch Contact* 48 (1993): 328-334.
Kleemans, C.H.M.,
'Het zevende wereldcongres voor medisch recht te Gent, augustus 1985', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 10 (1986): 32-42.
Klever W.N.A.,
'Euthanasie. Ethische beschouwingen over het menselijk sterven', *Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte en Psychologie* 64 (1972): 297-305.
Klijn, A.,
'Euthanasie steeds vaker gemeld. Kritiek op toetsingscommissies is voorbarig', *Medisch Contact* 55 (2000): 665-667.
Klijn, A.,
'Opnieuw de meldingsfrequentie. Kanttekeningen bij het nieuwe evaluatieonderzoek euthanasie', *Medisch Contact* 57 (2002): 133-135.
Klijn, A., M. Otlowski en M. Trappenburg (red),
Regulating Physician-Negotiated Death. Speciaal nummer van Recht der Werkelijkheid ('s-Gravenhage 2001).
Klijn, W.C.M.,
'Kanttekeningen bij een euthanasieverslag', *Medisch Contact* 39 (1984): 183-185.
Klijn, W.C.M.,
'Euthanasie en de Hoge Raad', *Nederlands Juristenblad* 60 (1985): 245-254.

Klijn, W.C.M. en W. Nieboer,
Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ethische analyse en waardering (Utrecht 1984).
Knap, M.,
'Opmerkingen over euthanasie', *Rekenschap* 20 (1973): 81-86.
Knape, M.,
'Discussie over reanimatie', *Medisch Contact* 15 (1960): 355.
Koerselman, F.,
'Balanssuïcide als mythe. Over *Zelf beschikt* door B.E. Chabot', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 49 (1994): 515-527.
Kol, Alph. van,
'Theologie van de pijn', *R.K. Artsenblad* 32 (1953): 487-494.
Koninklijke Nederlande Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (KNMG),
Medische ethiek en gedragsleer (Amsterdam 1959).
KNMG,
'Richtlijnen ten behoeve van de uitvoering van abortus provocatus', *Medisch Contact* 26 (1971): 1025-1028.
KNMG,
'Het euthanasievraagstuk', *Medisch Contact* 28 (1973): 587-588.
KNMG,
'Discussienota van de Werkgroep Euthanasie', *Medisch Contact* 30 (1975): 7-17.
KNMG,
Gedragsregels voor artsen (Utrecht 1978).
KNMG,
'Standpunt inzake euthanasie', *Medisch Contact* 39 (1984): 990-1003.
KNMG,
'Euthanasie: wie toetst waaraan?, *Medisch Contact* 40 (1985): 314.
KNMG,
'Kort verslag 186ste Algemene Vergadering (I)', *Medisch Contact* 40 (1985): 402-407.
KNMG,
'Kort verslag 186ste Algemene Vergadering (II)', *Medisch Contact* 40 (1985): 436-440.
KNMG,
'Brief over euthanasie aan regering en Kamer', *Medisch Contact* 41 (1986): 208-209.
KNMG,
'Commentaar op het regeerakkoord', *Medisch Contact* 41 (1986): 1216-1219.
KNMG,
'Brief over advies Raad van State inzake euthanasie', *Medisch Contact* 41 (1986): 1334-1335.
KNMG,
'Antwoord KNMG hoofdbestuur op de adviesaanvrage euthanasie', *Medisch Contact* 42 (1987): 770-776.
KNMG,
'Richtlijnen meldingsprocedure euthanasie en hulp bij zelfdoding. Jarenlange onduidelijkheid voorbij', *Medisch Contact* 45 (1990): 1303-1304.
KNMG,
'Euthanasie. Reactie hoofdbestuur KNMG op het regeringsstandpunt', *Medisch Contact* 46 (1991): 1541-1543.
KNMG,
'Richtlijnen KNMG en Nieuwe Unie '91', *Medisch Contact* 47 (1992): 29-33.
KNMG,
Inzake euthanasie (Utrecht 1995).
KNMG,
'Meldingsprocedure euthanasie. Reactie van het hoofdbestuur van de KNMG op het kabinetsstandpunt uit januari 1997 betreffende de evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie', *Medisch Contact* 52 (1997): 420-426.
KNMG,
'Euthanasierichtlijnen arts-verpleegkundigen', *Medisch Contact* 52 (1997): 1115-1119.
KNMG,
Verslag KNMG invitational conference kwaliteitsborging euthanasie (Utrecht 2000).

KNMG,
'Landelijke dekking SCEN een feit', *Medisch Contact*, 57 (2002): 838.
KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL),
Discussienota levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen patiënten. Deel 1. Zwaar-defecte pasgeborenen (Utrecht 1990).
KNMG-CAL,
Discussienota levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen patiënten. Deel II. Langdurig comateuze patiënten (Utrecht 1991).
KNMG-CAL,
Discussienota levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen patiënten. Deel III. Ernstig demente patiënten (Utrecht 1993).
KNMG-CAL,
Discussienota. Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten (Utrecht 1993).
KNMG-CAL,
Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten (Houten en Diegem 1997).
KNMG en 'Het Beterschap',
'Richtlijnen inzake euthanasie voor verpleegkundigen', *Medisch Contact* 42 (1987): 476-479.
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP).
De positie van de apotheker inzake aflevering van euthanatica ('s Gravenhage 1984).
Kooij, J.,
De normontwikkeling rond het levensbeëindigend handelen bij patiënten in een vegetatieve toestand in Nederland en in de Verenigde Staten: een contextuele vergelijking (scriptie Rijksuniversiteit Groningen 1996).
Kooyman, F.C.,
'"Reanimatie", aanwinst, probleem en opgave', *Medisch Contact* 14 (1959): 441-445.
Kooyman. F.C.,
'Reanimatie', *Medisch Contact* 15 (1960): 186-188.
Koppenjan, J.F.M.,
Management van de beleidsvorming. Een studie naar de totstandkoming van beleid op het terrein van het binnenlands bestuur ('s Gravenhage 1993).
Korst, J.K., van der,
Om lijf & leden. Gezondheidszorg en geneeskunst in Nederland circa 1200-1960 (Utrecht en Antwerpen 1988).
Kroon, H.V. van der,
'Discussie euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 126 (1982): 1697.
Krop, M.A.,
'Het recht op de dood', *Medisch Contact* 26 (1971): 1033-1036.
Krop, M.A.,
'De hervormde synode en de euthanasie', *Medisch Contact* 27 (1972): 517-522.
Kruijthoff, D.J.,
Een literatuurstudie over euthanasie (Veenendaal 1984).
Kruijthoff, D.J.,
Euthanasierapport predikanten en verkorte versie artsenrapport (Veenendaal 1984).
Kruijthoff, D.J.,
'Euthanasie een oplossing?', *Nederlands Tijdschrijft voor Geneeskunde* 129 (1985): 700-703.
Kübler- Ross, E.,
Lessen voor levenden. Gesprekken met stervenden (Bilthoven 1969).
Kuitenbrouwer, F.,
'Euthanasie, de vrijheid voorop', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 28 (1973): 471-492.
Kuitert, H.M.,
Een gewenste dood. Euthanasie en zelfbeschikking als moreel en godsdienstig probleem (Baarn 1981).
Kuitert, H.M.,
Suïcide, wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspectief (Baarn 1983).
Kuitert , H.M., Spreeuwenberg, C. (red) en E. Ph.R. Sutorius,
Verantwoorde levensbeëindiging? Medische, ethische en juridische aspecten (Delft 1986).

Lahuis, B.E., M.A. Paping en J.J.M. van Delden,
'Hoe wordt gehandeld bij psychogeriatrische patiënten die niet meer eten?', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 137 (1993): 404-407.
Lam, H.,
Helpen bij sterven. Levensbeëindiging op verzoek in verschillende samenlevingen (Amsterdam 1997).
Lange, S.A. de,
'Medische macht en ethiek', *Medisch Contact* 25 (1970): 35-36.
Lange, S.A. de,
'Medische en ethische problemen rondom de reanimatie', *Medisch Contact* 19 (1964): 117-121.
Lange, S.A. de,
'Enige gedachten rond het kind met spina bifida aperta', *Metamedica* 56 (1977): 3-7.
Langemeijer, G.E.,
'"Reanimatie"', *Medisch Contact* 15 (1960): 188-191.
Langemeijer, G.E.,
'De zitting in de 'Terp'-zaak', *Nederlands Juristenblad* 60 (1985): 902.
Leenen, H.J.J.,
'Gezondheidsrecht. Een poging tot plaatsbepaling', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 46 (1968): 778-786.
Leenen, H.J.J.,
'Moderne visies op de medische ethiek', *Katholiek Artsenblad* 48 (1969): 349-355.
Leenen, H.J.J.,
'Euthanasie in het gezondheidsrecht' in Muntendam e.a. 1977: 72-147.
Leenen, H.J.J.,
Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Een gezondheidsrechtelijke studie (Alphen aan de Rijn en Brussel 1978).
Leenen, H.J.J.,
'Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Van Leeuwarden naar Rotterdam', *Nederlands Juristenblad* 57 (1982): 103-107.
Leenen, H.J.J.,
'Discussie euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 126 (1982): 1056
Leenen, H.J.J.,
'De doodsoorzakenverklaring, euthanasie en hulp bij zelfdoding', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127 (1983): 966-968.
Leenen, H.J.J.,
'Noot bij het vonnis van de Arrondissementsrechtbank Alkmaar' 10 mei 1983', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 7 (1983): 208.
Leenen, H.J.J.,
'Euthanasie door de Hoge Raad', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 129 (1985): 414-417.
Leenen, H.J.J.,
'De wet Afbreking Zwangerschap en de toepassing van die wet', *Nederlands Juristenblad* 60 (1985): 1357-1358
Leenen, H.J.J.,
'Naschrift', *Nederlands Juristenblad* 61 (1986): 189.
Leenen, H.J.J.,
'Kwaliteit van leven, een bruikbaar begrip?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 9 (1985): 153-157.
Leenen, H.J.J.,
'Euthanasie en wetgeving', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 132 (1988): 1702-1706.
Leenen, H.J.J.,
'Onderzoek medische beslissingen rond het levenseinde', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 15 (1991): 462-464.
Leenen, H.J.J.,
'Het standpunt van het kabinet inzake regeling van euthanasie', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 16 (1992): 2-9.
Leenen, H.J.J.,
'Hulp bij zelfdoding bij psychisch lijden. Arrest van de Hoge Raad', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 138 (1994): 1781-1783.

Leenen, H.J.J.,
'Regulering van euthanasie, melding en commissies. Goede regeling vraagt verandering strafwet', *Medisch Contact* 52 (1997): 45-49.
Leenen, H.J.J.,
'Euthanasie. Normaal medisch handelen?', *Nederlands Juristenblad* 72 (1997): 987- 989.
Leenen, H.J.J.,
Met het oog op gezondheid en recht. Een terugblik (Houten en Diegem 2000).
Leenen, H.J.J. en J.J. Rasker,
'De houding van een arts tegenover een verzoek om euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 126 (1982): 553-556.
Leering, C.,
'Over doden en sterven op het einde van het leven', *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie* 21 (1971): 237-251.
Leeuw, R. de en P.E. Treffers,
'Klinische lessen. Een zachte dood voor pasgeborenen.', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 128 (1984): 841-844.
Legemaate, J.,
'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. Regels en opvattingen', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48 (1993): 750-770.
Legemaate, J. en R.J.M. Dilmann (red),
Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk (Houten 1998).
Linde, W. van der,
Zij moest eerst... Het dossier van Bemmelen: een geval van euthanasie? (Naarden 1984).
Lindeboom, G.A.,
'Euthanasie', *Predikant en Dokter* 1 (1931): 205-230.
Lindeboom, G.A.,
Opstellen over medische ethiek (Kampen 1960).
Lindeboom, G.A.
Euthanasie en euthanasiasme (Apeldoorn 1979).
Lindijer, C.H. (red),
Het leven beëindigen. Gedachten over euthanasie (Amsterdam 1984).
Loo, P. van de,
'Is het aanwenden van gevoelsverdoovende middelen bij stervenden zedelijk geoorloofd?, *R.K. Artsenblad* 2 (1923): 140-146.
Looijenga, L.,
Over de drempel. Euthanasie van taboe tot wet (Vledder 2001).
Luysterburg, R.,
De dood heeft alle tijd (Amsterdam 1972).
Maas, P.J. van der, J.J.M. van Delden en L. Pijnenborg,
Medische beslissingen rond het levenseinde ('s-Gravenhage 1991).
Meer, C. van der,
Geneeskundige confrontatie met de dood (Amsterdam 1970).
Meer, C. van der,
'De medicus en de stervende' in idem, *Afscheid van het leven. 20 Jaar denken over sterven en dood* (Kampen 1990):38-47.
Meer, C. van der en H. Mochel,
...Tenzij een wonder gebeurt. Begeleiding van stervenden (Kampen 1971).
Meer, S. van der, R.C.A. de Veen, E.A. Noorthoorn en H.F. Kraan,
'Hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een organisch-psychiatrische stoornis', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 143 (1999): 881-884.
Meier, H.J.,
Menswaardig sterven, euthanasie in discussie (Hilversum 1968).
Meihuizen-de Regt, M.J., J.H. Begeer en D.J. Buijs,
'Op de drempel van het leven. Een gefingeerde rechtszaak over een pasgeborene met spina bifida aperta', *Medisch Contact* 39 (1984): 1107-1112.
Meijler, F.L. en J. Roos,
'Euthanasie en (of) hulp bij zelfdoding', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 126 (1982): 1268-1289.

Meijler, F.L.,
'Euthanasie en exhibitionisme', *Medisch Contact* 38 (1983): 1427-1429.
Meijler, F.L.,
'Geneeskunde en euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 130 (1986): 501-504.
Melief, W.B.A.M.,
De zorg voor terminale patiënten en de omgang met euthanasie vragen (Den Haag 1991).
Mertens, A.,
'Concrete handelwijze in de Nederlandse katholieke ziekenhuizen', *R.K. Artsenblad* 39 (1960): 94-97.
Mertens, A.Th. L.M.,
'Historie van katholieke artsen en hun ethische opvattingen' in Bernardinus kardinaal Alfrink, *De identiteit van katholieke wetenschapsmensen* (Baarn 1980): 134-138.
Metz, W.,
'Over de crisis in de medische ethiek', *Medisch Contact* 25 (1970): 330-333.
Meurs, J.H. van,
'De waarde van het menselijk leven', *Medisch Contact* 24 (1969): 503.
Meurs, J.H. van,
'Onbezonnen thanalogie', *Medisch Contact* 25 (1970): 846-848.
Meurs, J.H. van,
'Enkele ideeën over euthanasie', *Streven. Maandblad voor Geestesleven en Cultuur* 24 (1971): 1019-1026.
Meurs, J.H. van,
'Sterven om plaats te maken? Dubieuze ontwikkelingen in de medische thanatologie', *Streven. Maandblad voor Geestesleven en Cultuur* 25 (1971-1972): 240-246.
Meyboom-De Jong, B.,
'Klinische lessen. Actieve euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127 (1983): 946-951.
Meyler, L
'Euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 117 (1973): 553-556.
Michels, J.J.M.
'Euthanasie. Begripsomschrijving' in Beckers 1974: 217-220.
Michels, J.J.M.,
'Euthanasie en werkelijkheid' in Beckers 1974: 253-260.
Michels, J.J.M.,
'Is er behoefte aan euthanasie', *Informatiebulletin Nederlands Artsenverbond* 5 (1978): 26-32.
Mijn, W.B. van der,
'Antwoord hoofdbestuur KNMG, *Medisch Contact* 32 (1977): 336-337.
Mijn, W.B. van der,
'Voorgeschiedenis medische rechtspraak', *Medisch Contact* 33 (1978): 639-642.
Minderhoud, J.M. en R. Braakman,
'Klinische lessen. Het vegeterende bestaan', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 129 (1985): 2385-2388.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De wet BIG. Hoofdlijnen van de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Rijswijk 1995).
Mochel, H.,
Een milde dood. Euthanasie. (Kampen 1972).
Molen, P. van der,
Coma, een ander leven (Kampen 1989).
Molenaar, J.,
De goede dokter (Utrecht 1999).
Moll van Charante, A.W.,
'Euthanasie als oplossing. Het begin van het einde', *Informatiebulletin Nederlandse Artsenverbond* 7 (1980): 135-140.
Moore, S.F.,
'Law and social change. The semi-autonomous social field as an appropriate subject of study', *Law and Society Review* 8 (1973): 719-746.

Mooy, W.,
'Medische macht en medische ethiek', *Geneeskundige Gids. Tijdschrift voor Geneeskunst en Volksgezondheid* 47 (1969-1970): 525-527.
Mourik Broekman, M.C. van,
Beschikkingsrecht over leven en dood. Zedekundige opstellen over actueele vraagstukken ('s-Gravenhage 1946).
Mulder, G.E.,
'Noot bij het vonnis van het Gerechtshof 's-Gravenhage van 12 november 1986', *Nederlands Jurisprundentie* (1987) nr. 608: 2134- 2137.
Mulder, J.H.,
'Euthanasie in de oncologie', *Medisch Contact* 38 (1983): 563-565.
Munnichs, J.M.A.,
'Omgaan met de dood. Vroeger en nu' in L. Boon, *Euthanasie en zorgvuldigheid. Dilemma's bij instellingenbeleid, richtlijnen, begeleiding zelfdoding, euthanasie jongeren en suïcide psychiatrische patiënten* (Amstelveen 1989): 7-16.
Muns, H.H. en P.C. van Es,
Euthanasie en pastoraat (Leusden 1985).
Muntendam, P. e.a.,
Euthanasie (Leiden 1977).
Muntendam, P.,
'Begripsbepaling euthanasie', *Medisch Contact* 32 (1977): 799-801.
Muntendam, P.,
'Gerechtelijke uitspraken. Vrijwillige actieve euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 122 (1978): 1264-1266.
Muntendam, P.,
'De sociale aanvaarding van euthanasie', *Kwartaalblad Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie* 10 (1984), nr. 4: 10-11.
Muntendam, P.,
'Advies van de Raad van State inzake euthanasie. Een commentaar', *Medisch Contact* 41 (1986): 1328.
Nationale Ziekenhuisraad,
Levenstestament/Euthanasieverklaring. (Utrecht 1978).
Nederlands Artsenverbond (NAV)
'Commentaar Nederlands Artsenverbond op wetsvoorstel 20.383', *Medisch Contact* 43 (1988): 409-410.
NAV,
'Euthanasie. Commentaar Nederlands Artsenverbond op kabinetsstandpunt', *Medisch Contact* 46 (1991): 1543-1546.
NAV,
De behandeling van langdurig comateuze patiënten (commentaar)', *Medisch Contact* 46 (1991): 665-669.
Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV),
Reactie van de Nederlandse Patiënten Vereniging op het kabinetsstandpunt euthanasie (1991).
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK),
Doen of laten? Grenzen van het medisch handelen in de neonatologie (Utrecht 1992).
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP),
Reactie op hoofdlijnen van het rapport inzake 'Hulp bij zelfdodingsvragen' van de NVVE van maart 1991 (Utrecht 1992).
NVP,
Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater (Utrecht 1998).
Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA),
Medische zorg met beleid. Handreiking voor de besluitvorming over verpleeghuisgeneeskundig handelen bij dementerende patiënten (Utrecht 1997).
Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE),
Rapport onderzoek over euthanasie (Enschede 1976).

NVVE,
Verslag van het congres ter gelegenheid van het vijfjarig bestaan der vereniging (Amsterdam 1978).
NVVE,
Rapport van de Adviescommisie Wetgeving betreffende toelaatbare euthanasie (Amsterdam 1978).
NVVE,
Meningen over en ervaring met euthanasie. Rapport uitgebracht door Lagedijk opinieonderzoek (Amsterdam 1980).
NVVE,
Suïcide en strafrecht. Rapport van de Commissie Wetgeving Hulp bij Zelfdoding ingesteld door de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (Amsterdam 1980).
NVVE,
Verantwoording (Amsterdam 1983).
NVVE,
'Men moet ten slotte het recht hebben om als een heer te sterven' (Amsterdam 1989).
NVVE,
Rapport inzake hulp bij zelfdodingsvraagstukken van de Commisie hulp bij zelfdodingsvraagstukken (Amsterdam 1993, oorspronkelijke uitgave 1991).
NVVE,
Voorontwerp euthanasiewet (Amsterdam 1996).
Nieboer, W.,
Zorg voor het leven. Euthanasie in het strafrecht (Amersfoort 1986).
Nieman, H. R.,
'Euthanasie en de artt. 293 en 294 Wetboek van Strafrecht', *Ars Aequi* 31 (1982): 563-569.
Nuboer, J.F.,
Hoogtij en schaduwen der hedendaagse chirurgie (Utrecht 1960).
Nysingh, A.,
Iets over de werking der toestemming in het strafrecht (Leiden 1888).
Obbink, H.W. e.a.,
Leven en dood. Een reeks voordrachten gehouden ter gelegenheid van de Universiteitsdag op 26 maart 1960 te Utrecht (Haarlem 1961).
Oijen, W.S van,
Dilemma's van een huisarts. Het levensverhaal van de huisarts uit de documentaire 'Dood op verzoek' (Utrecht 1996).
Oliemans, A.P. en H.G.J. Nijhuis,
'Euthanasie in de huisartspraktijk, gegevens uit het huisartsregistratiesysteem Den Haag', *Medisch Contact* 41 (1986): 687- 691.
Onwuteaka-Philipsen B.D. en G. van der Wal,
Steun en consultatie bij euthanasie in Amsterdam (Amsterdam 1998).
Onwuteaka-Philipsen B.D. en G. van der Wal,
'Consultatie bij euthanasie. Verslagen van SCEA-artsen en andere consulenten vergeleken', *Medisch Contact* 56 (2001): 1201-1204.
Oostvogel, F.J.G.,
'Geriater en euthanasie', *Medisch Contact* 28 (1973): 51-53.
Oostvogel, F.J.G.,
'Euthanasie?', *Medisch Contact* 38 (1983): 191-193.
Otter, G. den,
'Reanimatie', *Soteria* 7 (1963): 182-187.
Outshoorn, J.V.,
De politieke strijd rondom de abortuskwestie in Nederland 1964-1985 ('s-Gravenhage 1986).
Overbeek, R. van,
Tussen wens en werkelijkheid. Een onderzoek naar het proces van omgaan met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding (Utrecht 1996).
Oyen, H. van,
'Beendigung des Leidens als ethischer Grenzfall', *Soteria* 11 (1967): 61-72.
Parra, C. de la,
Eenige opmerkingen over den zelfmoord (Leiden 1895).

Partij van de Arbeid (PvdA), werkgroep euthanasie van het centrum voor levensbeschouwing en politiek uitgaande van de Partij van de Arbeid,
Euthanasie (Amsterdam 1980).
Peters, B.A.M.,
Euthanasie (Haarlem 1982).
Pinkhof, H.,
'Actieve euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 48 (1904), I,: 1479-1480.
Pius XII,
'Toespraak van Z.H. Paus Pius XII tot het VIIe Internationale congres van katholieke artsen in Den Haag-Scheveningen van 9 tot 15 september 1956', *R.K. Artsenblad* 35 (1956): 373-382.
Pius XII,
'Toespraak van Z.H. Paus Pius XII tot een hondertal chirurgen over de anaesthesie', *Katholiek Archief* 12 (1957): 353-367.
Pius XII,
'Toespraak van Z.H. Paus Pius XII tot een groep anaesthesisten over het probleem van de reanimatie', *Katholiek Archief* 13 (1958): 1-6.
Plomp-van Harmelen, M.M.,
'Euthanasie. Opmerkingen naar aanleiding van het rapport der generale synode', *Woord en Dienst. Veertiendaags Orgaan voor het Hervormde Kerkewerk* 21 (1972): 353-355.
Plooy, M. e.a.,
Op de drempel van de dood (Leiden 1973).
Politieke Partij Radicalen (PPR), themagroep Welzijn, werkgroep Gezondheidszorg, subgroep Euthanasie,
Euthanasie. Discussienota (Amsterdam 1979).
Pompen, A.W.M.,
'Onwerkelijke hoogten...!', *Medisch Contact* 24 (1969): 504.
Ponsioen, B.P.,
'Hoe leert de huisarts leven met euthanasie?', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127 (1983): 961.
Pool, R.,
Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis (Rotterdam 1996).
Postma-van Boven, G.E. en A. Postma,
'Euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 117 (1973): 1133.
Pranger, D.,
Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten (Amsterdam 1992).
Pranger, D.,
Hulp bij zelfdoding hoogbejaarde vrouw', *Medisch Contact* 49 (1994): 891-892.
Prick, J.J.,
'De medische ethiek met betrekking tot de nieuwste ontwikkelingen in de geneeskunde', *Medisch Contact* 24 (1969): 83-86.
Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut,
'Medische beslissingen rond het levenseinde. Reactie prof. dr G.A. Lindeboom Instituut op rapport-Remmelink', *Medisch Contact* 46 (1991): 1276-1278.
Proosdij, C. van,
'Euthanasie op een klinisch-geriatrische afdeling', *Medisch Contact* 43 (1988): 1355-1357.
Ramaker, W.,
Er is een tijd om te sterven (Kampen 1973).
Rang, J.F.
'Juridische aspecten rondom de euthanasie' in Schreuder, Rang en Sporken 1972: 18-25.
Rang, J.F.,
'Juridische vragen rondom euthanasie', in Beckers 1974: 261-271.
Rang, J.F.,
'De martelgang van een procesgang', *Tijdschrift voor Gezondsheidsrecht* 4 (1980): 232-244.
Rasker, J.J.,
'Het Leeuwarder euthanasieproces', *Nederlands Juristenblad* 49 (1974): 345-352.
Rasker, J.J.,
'Begripsbepaling euthanasie', *Medisch Contact* 32 (1977): 1114.

Rasker, J.J.,
'Euthanasie en wetgeving', *Medisch Contact* 41 (1986): 1323-1325.
Rasker, J.J. en G. van Hellemondt,
'Euthanasie, een stap terug?', *Nederlands Juristenblad* 59 (1984): 823-827.
Rasker, J.J., G. van der Sluis, L. van den Berg en A.G.W.W. Jannink-Kapelle,
'Een euthanasieprotocol. Protocol opgesteld door een werkgroep van de KNMG-afdeling Enschede e.o', *Medisch Contact* 42 (1987): 667-669.
Rayar, L. en S. Wadsworth,
The American Series of Foreign Penal Codes. Vol. 30. The Dutch Penal Code (Littleton 1997).
Redcomité Verpleging Nederland,
Zwartboek. De rest van de ijsberg (Den Haag 1986).
Ree, F. van,
'Euthanasie en hulp bij zelfdoding in een psychiatrisch ziekenhuis. I', *Medisch Contact* 38 (1983): 749-754.
Ree, F. van,
'Euthanasie en hulp bij zelfdoding in een psychiatrisch ziekenhuis (slot)', *Medisch Contact* 38 (1983): 796-797.
Ree, F. van,
'Euthanasie in twee delen', *Medisch Contact* 41 (1986): 600-602.
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie,
Jaarverslag 1998/99 (2000).
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie,
Jaarverslag 2000 (2001).
Regionale Toetsingscommissies Euthanasie,
Jaarverslag 2001 (2002).
Reijntjes, J.M. (red),
Nemo tenetur (Arnhem 1996).
Reinders, J.S. en W.J. Dondorp (red),
"Een mens moet van ophouden weten." In gesprek met Harry Kuitert. Opstellen over medische ethiek en gezondheidszorg (Baarn 1994).
Remmelink, J.,
Over leven en dood (1990).
Remmelink, J.,
Strafrechtelijke verkenningen bij begin en einde van het menselijk leven (1991).
Remmelink, J.,
Spanningen tussen recht en strafwet. Rede gehouden door prof. Mr. J. Remmelink ter gelegenheid van zijn afscheid als procureur-generaal bij de Hoge Raad der Nederlanden op de buitengewone zitting van het college op woensdag 29 april 1992 (Den Haag 1992).
Remmelink, J.,
Mr. D. Hazewinkel-Suringa's Inleiding tot de studie van het Nederlandse strafrecht (Arnhem 1995, veertiende druk).
Renes, G.J.,
'Nieuwe of oude motieven bij euthanasie en abortus provocatus, *Medisch Contact* 26 (1971): 1327-1329.
Righart, H.,
De eindeloze jaren zestig. Geschiedenis van een generatieconflict (Amsterdam en Antwerpen 1995).
Rigter, R.B.M.,
Met raad en daad. De geschiedenis van de Gezondheidsraad 1902-1985 (Rotterdam 1992).
Rood, M.G.,
'Euthanasie - een discussie', *Rekenschap* 20 (1973): 118-127.
Rood, M.G.,
'Naar een nieuwe wetgeving inzake euthanasie?', *Nederlands Juristenblad* 49 (1974): 1253-1256.
Roscam Abbing, H.D.C.,
'Euthanasie en hulp bij zelfdoding: een juridische beschouwing over het rapport van de Staatscommissie Euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 129 (1985): 2294-2297.
Roscam Abbing, P.J.,
'Euthanasie', *Kerk en Theologie* 22 (1971): 201-220.

Roscam Abbing, P.J.,
Toegenomen verantwoordelijkheid. Veranderde ethiek rond euthanasie, eugenetiek en moderne biologie (Nijkerk 1972).
Royer, S.,
'De professionele habitus van de rechter', *Nederlands Juristenblad* 71 (1996): 1574-1579.
Rümke, H.C.,
'De dokter en het probleem van de dood', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 103 (1959): 2097-2103.
Ruizeveld, K.,
'Het zelfgewilde einde van oude mensen', *Leef tijd* 30 (1992), 4: 32-33.
Rijk, C.,
'Vragen om zelfdoding bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 44 (1989): 540-545.
S.,
'Het proces over euthanasie en de medische ethiek', *R.K. Artsenblad* 31 (1952): 114-116.
Salomons, A.,
Herinneringen uit den ouden tijd aan schrijvers die ik persoonlijk heb gekend (Den Haag 1957).
Salsmans, J.,
Geneeskundige plichtenleer. Deontologica medica (Leuven, Brugge, Leiden 1919).
Sanders-Woudstra, J.A.R. en H.K.A. Visser,
'Beslissingsmogelijkheden van kinderen', *Medisch Contact* 39 (1984): 1511-1514.
Saunders, C.,
'Angst en onzekerheid', *Soteria* 7 (1963): 169-173.
Schaepman-van Geuns, E.J.,
'Discussie euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 126 (1982): 1697.
Schalken, T.M.,
'Euthanasie en de rechtspolitieke betekenis van het gewetensconflict', *Nederlands Juristenblad* 59 (1984): 37-50.
Schalken, T.M.,
'Euthanasie en handhaving van recht. Normatieve, procedurele en strafrechtspolitieke aspecten van het vervolgingsbeleid' in De Graaf 1985: 107-174.
Schalken, T.M.,
'Euthanasie, een moratorium voor de wetgever', *Delikt en Delinkwent* 16 (1986): 661-666.
Schalken, T.M.,
'Noot bij het arrest van de Hoge Raad van 21 juni 1994', *Nederlandse Jurisprudentie* (1994) nr. 656: 3156-3160.
Scheltens, D.F.,
'Een rechtsfilosofische benadering van het recht op leven', *Vita Humana* 11 (1984):127-137.
Scheltens, D.F. e.a.,
De dood, uitkomst voor het leven? (Amsterdam 1987).
Schenk, V.W.D.,
'Verlenging of verkorting van het leven. Een vraagstuk van medische ethiek', *Rekenschap* 6 (1959): 117-127.
Schippers, R.,
'Arts mag geen einde maken aan leven van een zieke', *Verpleging. Blad voor de Groep Verpleging en Verzorging van de Nederlandse Christelijke Bond voor Overheidspersoneel* 5 (1952): 37-42.
Schlichting, O.Th.H.,
'Euthanasie', *Medisch Contact* 5 (1950): 321.
Schmidt, M.,
Lang zullen ze leven. Euthanasie, misdaad of noodzaak? (Antwerpen en Amsterdam 1975).
Schols, J.M.G.A.,
'Versterving: dood-zonde. Wat is er fout gegaan?', *Medisch Contact* 52 (1997): 1485.
Scholten, E.G.,
'Euthanasie ex lege artis?', *Medisch Contact* 38 (1983): 1447-1449.
Schouten, J.,
'Een bezoek aan het St. Christopher's hospice te Londen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 112 (1968): 704-707.

Schreuder, J. Th. R.,
'Het recht om te sterven' in Schreuder, Rang en Sporken 1972: 11-18.
Schreuder, J.Th.R.,
'Euthanasie' in Beckers 1974: 232-236.
Schreuder, J. Th. R., J.F. Rang en P. Sporken,
Leven tot (w)elke prijs? (Lochem 1972).
Schroten, E. e.a.,
Euthanasie. Rapport van een commissie van de wetenschappelijke instituten van KVP, ARP en CHU (Den Haag 1979).
Schudel, W.J.,
'Euthanasie. De zaak-Schoonheim', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 41 (1986): 1250-1259.
Schudel, W.J.,
'Kanttekeningen bij een casus over hulp bij zelfdoding bij een patiënt met een organisch-psychiatrische stoornis', *Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde* 143 (1999): 884-887.
Schudel, W.J., W.A. Nolen, W.K. van Dijk en E.Ph.R. Sutorius,
'De zaak van de vasthoudende inspecteur', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48 (1993): 739-759.
Schulte, J.E.,
'Euthanasie', *Medisch Contact* 5 (1950): 321.
Schulte, J.E.,
'Een proces over euthanasie; met enkele indrukken uit de Seine-stad', *Katholiek Artsenblad* 41 (1962): 177-181.
Schut, G.H.A.,
'Euthanasie - een burgerrechtelijke benadering', *RMThemis* (1979): 349-354.
Schuurmans Stekhoven, W.,
'Het decerebratie-drama', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 113 (1969): 761-763.
Schuurmans Stekhoven, W.,
'Professor van den Bergs pleidooi voor actieve euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 113 (1969): 1358-1361.
Schuurmans Stekhoven, W.,
'Het euthanasievraagstuk in medisch-juridisch licht' in Downing e.a. 1970: 131-165.
Schuyt, C.J.M.,
'Regulering van euthanasie vanuit maatschappelijk perspectief', *Medisch Contact* 52 (1997): 250-253.
Sinner, L.,
Vijf jaar leven met kanker. Een gesprek op de grens van leven en dood (Baarn 1976).
Sluis, I. van der,
Het recht om grootmoeder te doden. Korte geschiedenis van de euthanasiebeweging sinds 1870 (Amsterdam 1977).
Sluis, I. van der,
'Discussie Euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127 (1983): 472-474.
Sluis, I. van der,
'Malinformed non-consent en andere medische gevaren van euthanasie', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 128 (1984): 1247-1249.
Sluyterman, A.AE.S.,
'Euthanasie', *Medisch Contact* 5 (1950): 201-206.
Smalhout, B.,
De dood op tafel (Utrecht 1972).
Smeding, S.S.,
'Dokters en dominees', *Soteria* 10 (1966): 141-149.
Smids, J.D.,
'Kunstmatige levensverlenging tot elke prijs?', *Soteria* 10 (1966): 64-71.
Smidt, H.J.,
Geschiedenis van het Wetboek van Strafrecht. Tweede deel (Haarlem 1881).
Soeteman, A.,
'Rechtsfilosofische aspecten van euthanasie' in *Euthanasie vanuit het recht*. Uitgegeven door de Juridische Studenten Vereniging van Utrecht (Utrecht 1986): 18-22.

Sorgdrager, W.,
'Toetsing bij euthanasie', *Nederlands Juristenblad* 75 (2000): 1145-1148.
Sorgdrager, W. en E. Borst-Eilers,
'Euthanasie. De stand van zaken', *Medisch Contact* 50 (1995): 382-385.
Spaink, K.,
De dood in doordrukstrip (Amsterdam 2001).
Speijer, N.,
Beschouwingen over het zelfmoordprobleem ('s-Gravenhage 1966).
Speijer, N.,
Het zelfmoordvraagstuk. Een samenhangend overzicht van de verschillende aspecten van de zelfmoord (Arnhem 1969).
Speijer, N. en R.F.W. Diekstra,
Hulp bij zelfdoding. Een studie van problemen rondom de hulpverlening bij de zelfgewilde dood (Deventer 1980).
Spigt, P.,
'Naschrift', *Rekenschap* 20 (1973): 126-131.
Sporken, C.P.,
'Ethische reflecties (10). Notities over sterven en helpen sterven', *Katholieke Gezondheidszorg* 37 (1968): 424-426.
Sporken, C.P.,
'Ethische reflecties (11). Reanimatie, levensverlenging en euthanasie', *Katholieke Gezondheidszorg* 37 (1968): 451-455.
Sporken, C.P.,
'Euthanasie. Ingrijpen in het stervensproces?', *Katholiek Artsenblad* 48 (1969): 11-18.
Sporken, C.P.,
'Medische ethiek als cultuurkritiek', *Medisch Contact* 24 (1969): 1431-1435.
Sporken, P.,
Voorlopige diagnose. Inleiding tot een medische ethiek (Bilthoven 1969).
Sporken, P.,
De laatste levensfase. Stervenshulp en euthanasie (Lochem 1972).
Sporken, P.,
'Levenshulp, stervenshulp en euthanasie' in Schreuders, Rang en Sporken 1972: 25-35.
Sporken, C.P.,
'Wetswijziging inzake euthanasie. Kanttekeningen vanuit de ethiek', *Christen Democratische Verkenningen* 6 (1986): 34-41.
Sporken, P.,
De weg terug. Leven met beperkingen van ziekte en ouder worden (Baarn 1991).
Sporken, C. P. en J. Michels,
De laatste levensfase: stervensbegeleiding – euthanasie (Baarn 1975).
Spreeuwenberg, C.,
Huisarts en stervenshulp (Deventer 1981)
Spreeuwenberg, C.,
'Wetswijziging inzake euthanasie?', *Metamedica* 65 (1986): 98-103.
Spreeuwenberg, C.,
'De huisarts en de vraag om euthanasie' in Kuitert, Spreeuwenberg en Sutorius 1986 : 7-23.
Spreeuwenberg, C.,
'Het doodsbriefje bij euthanasie', *Medisch Contact* 43 (1988): 35.
Spreeuwenberg, C.,
'Geen politie meer na euthanasie, *Medisch Contact* 45 (1990): 1267.
Spreeuwenberg, C.,
'Aasgieren', *Medisch Contact* 45 (1990): 139.
Spreeuwenberg, C.,
'Toetsing van levensbeëindigend handelen', *Medisch Contact* 46 (1991): 1399.
Spreeuwenberg, C.,
'Geen euthanasie bij psychiatrie?, *Medisch Contact* 46 (1991): 771.
Spreeuwenberg, C. en W.R. Kastelein,
'Euthanasie. Beschikking Hoge Raad d.d. 23 juni 1987', *Medisch Contact* 43 (1988): 44-45.

Spreeuwenberg, C. en W.R. Kastelein,
'Hulp bij zelfdoding anorexia nervosa-patiënt', *Medisch Contact* 47 (1992): 541.
Staatscommisssie Euthanasie,
Rapport van de Staatscommissie Euthanasie. Deel 1. Advies (Den Haag 1985).
Staatscommisssie Euthanasie,
Rapport van de Staatscommissie Euthanasie. Deel 2. Rechtsvergelijking (Den Haag 1985).
Staatscommisssie Euthanasie,
Rapport van de Staatscommissie Euthanasie. Deel 3. Hoorzittingen (Den Haag 1985).
Staatkundig Gereformeerde Partij (SGP),
Euthanasie ('s-Gravenhage 1986).
Steenhorst, R.,
Rebel tegen wil en dank (Utrecht 1992).
Stellweg, C.,
Deze aarde verlaten (Bilthoven 1975).
Stevens, J.A.J.,
'Sterven. Vrijheid, waardigheid, solidariteit', *Medisch Contact* 43 (1988): 820-823.
Stichting Landelijk Orgaan van de Gereformeerde Gezindte voor de Bejaardenzorg,
Euthanasie en de bejaarde mens (Utrecht 1968).
Stichting Vrijwillige Euthanasie (SVE),
De dood komt soms te laat (Lochem 1975).
SVE,
Euthanasie en zelfdoding ('s-Gravenhage 1980).
Stichting Vrijwillig Leven,
Beleidsnota (Maastricht 1999).
Stoeckart, R. (red),
Euthanasie en hulp bij zelfdoding in de praktijk (Deventer 1984).
Stolker, C.,
'De lange arm van vrouwe Justitia'', *Cicero* 2 (1987): 56-59 en 92-95.
Stolte, J.B.,
'Bestrijding van pijn', *R.K. Artsenblad* 29 (1950): 189-197.
Stolte, J.B.,
'Gedachten over euthanasie, *R.K. Artsenblad* 32 (1953): 203-210.
Stolte, J.B.,
'Gerontologische en geriatrische aantekeningen', *R.K. Artsenblad* 35 (1956): 106-112.
Stolte, J.B.,
'Reanimatie en de grenzen van de kunstmatige levensverlenging', *R.K. Artsenblad* 39 (1960): 84-88.
Strijards, G.A.M.,
'Het nieuwste wetsvoorstel inzake de euthanasie', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 12 (1988): 138-147.
Strijbos, S.,
'Medische macht en medische ethiek' in idem, *Nieuwe medische ethiek* (Amsterdam 1985): 43-56.
Strijbos, S. (red),
De medische ethiek in de branding, Een keuze uit het werk van Gerrit Arie Lindeboom, voorzien van een inleiding door S. Strijbos en een nabeschouwing door M.J. van Lieburg (Amsterdam 1992).
Sutorius. E.Ph.R.,
'Vrijwillige euthanasie of de gewetensfunctie van een rechtspolitiek conflict', *Nederlands Juristenblad* 59 (1984): 50-57.
Sutorius, E. Ph.R.,
'De voorstellen van de Staatscommisie Euthanasie in het licht van de jurisprudentie', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 9 (1985): 334-345.
Sutorius, E.Ph.R.,
'Abortus en euthanasie: medisch handelen tussen het respect voor menselijk leven en de vrijheid tot zelfbeschikking' in J.P. Balkema, *Gedenkboek Honderd jaar Wetboek van Strafrecht* (Arnhem 1986): 395-424.
Sutorius, E.Ph.R.,
'Een antwoord op euthanasie vanuit het recht', in Kuitert, Spreeuwenberg en Sutorius 1986: 36-56.

Sutorius, E.Ph.R.,
‘Een kritische beschouwing van de ontwerpwetgeving inzake euthanasie’ in NVVE 1989: 7-16.
Sybrandy-Alberda, K.,
‘De dood geholpen. Reacties op het artikel van C.A. van Eijk-Oosterholt’, *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 37 (1982): 414-417.
Sybrandy, K. en R. Bakker,
Zorg jij dat ik niet meer wakker word? Vrijwillige euthanasie in de praktijk (Baarn 1984).
Synode der Nederlands Hervormde Kerk,
Euthanasie, zin en begrenzing van het medisch handelen. Pastorale handreiking (Den Haag 1972).
Tans, J.M.J.,
‘Neuroloog en euthanasie’, *Medisch Contact* 28 (1973): 43-46.
Tatalovich, R. en B.W. Daynes,
‘Moral controversies and the policymaking process: Lowi’s framework applied to the abortion issue’, *Policy Studies Review* 3 (1984): 206-223.
Terborgh-Dupuis, H.,
Medische ethiek in perspectief. Een onderzoek naar normen en argumentaties in de (medische) ethiek (Leiden 1976).
Terborgh-Dupuis, H.,
‘Het schandaal van de instelling van de staatscommissie euthanasie’, *Kwartaalblad Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie* 8 (1982), december: 1-2.
Terborgh-Dupuis, H.,
‘Euthanasie-arrest slag in gezicht van artsen en patiënten’, *Medisch Contact* 38 (1983): 1526.
Terborgh-Dupuis, H.,
‘Het rapport van de Staatscommisie Euthanasie: een commentaar vanuit de ethiek’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 129 (1985): 2292-2293.
The, A.-M.,
‘Vanavond om 8 uur... Verpleegkundige dilemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde (Houten en Diegem 1997).
The, A.-M.,
Palliatieve behandeling en communicatie. Een onderzoek naar het optimisme op herstel bij longkankerpatiënten (Houten 1999).
Thomasma, David C. e.a. (red),
Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia (Dordrecht, Boston, Londen 1998).
Till- d’Aulnis de Bourouill, H.A.H. van,
Medisch-juridische aspecten van het einde van het menselijk leven (Deventer 1970).
Till-d’Aulnis de Bourouill, H.A.H. van,
‘Weerwoord van de auteur’, *Soteria* 15 (1971): 185-192.
Till, H.A.H. van,
‘Euthanasie en recht’, *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie* 3 (1972): 174-189.
Till-d'Aulnis de Bourouill, H.A.H. van,
‘Patiëntenrecht en het artikel 292 bis van de Staatscommissie Euthanasie', *Medisch Contact*, 40 (1985): 1347.
Tol, D. van,
‘De stervende mens en euthanasie’ in Faber 1971: 71-84.
Tol, D. van,
‘Zelfmoord in de wereld van morgen’ en ‘De zachte dood’ in Van der Wolk 1975: 270-288 respectievelijk 288-327.
Tol, D. van,
De dood als keuze. Psychologische beschouwingen over zelfmoord en euthanasie verhelderd met voorbeelden uit de letterkunde (Meppel 1977).
Tol, D. van,
De balanssuïcide. Medische en juridische problemen rond hulp bij zelfdoding (Amsterdam 1985).
Tol, D. van (red),
Euthanasiewetgeving: andere wegen (Amsterdam 1986).
Toom, W. den,
Over de levensduur. Een theologisch-ethische studie over enige medische vragen: levensverlenging - euthanasie - suïcide (’s-Gravenhage 1981).

Toynbee, A. e.a.,
Denken over de dood (Utrecht en Antwerpen 1969).
Trappenburg, M.,
'Het belang van medische bescheidenheid', *Socialisme en Democratie* 52 (1995): 263-273.
Trappenburg, M.,
'De nieuwe wetsvoorstellen abortus en euthanasie. Willen we dit nu echt?', *Socialisme en Democratie* 57 (2000): 3-10.
Trappenburg, M. en J. van Holsteyn,
'The quest for limits. Law and public opinion on euthanasia in the Netherlands', in Klijn, Trappenburg en Otlowski 2001: 109-128.
Vaal, O.M. de,
'Euthanasie. Een schijnprobleem' in *Modern medisch advies bij leven en werk, welzijn en ziekte, lust en onlust* (Amsterdam 1967): 118-119.
Vakgroep Gezondheidswetenschappen Groningen,
Langdurig coma. Ervaringen van familieleden van patiënten in een langdurig coma (Groningen 1992).
Veen, D. van,
'Inleiding op prof. dr. J.H. v.d. Bergs Medische macht en medische ethiek' *Soteria* 14 (1970): 99-104.
Veen, Th.W. van,
'Euthanasie en de artikelen 293 en 294 Sr.', *Nederlands Juristenblad* 59 (1984): 1067-1071.
Veen, Th.W. van,
'Noot bij het arrest van de Hoge Raad van 27 november 1984', *Nederlandse Jurisprudentie* (1985) nr. 106: 466-468.
Veen, Th. W. van,
'De 'Proeve' op de keper beschouwd', *Delikt en Delinkwent* 16 (1986): 876-890.
Velema, W.H,
Rondom het levenseinde. Ethische en pastorale overwegingen (Kampen 1971).
Velema, W.H.,
'Als verder leven zinloos is…', *De Bejaarden. Vakblad gewijd aan de belangen der bejaarden in Nederland en België* 17 (1971): 34-38.
Verhoef, M.J. en H.W.A. Hilhorst,
De 'zachte dood' in de praktijk. Stervensbegeleiding en euthanasie in het verpleeghuis (Lochem en Poperingen 1981).
Verjaal, A.,
'Het menselijk sterven', *Rekenschap* 17 (1970): 27-34.
Vermeulen, E.,
Praten en beslissen over extreem te vroeg geboren kinderen (Amsterdam 2001).
Versluis, W.J.B.,
Mia Versluis. Dossier van een medisch drama (Epe 1970).
Versteeg, I., C. Koppedraijer en A. Smaling,
Sterven op verzoek. Verslag van een kwalitatief onderzoek naar overwegingen, ervaringen en wensen van verzoekers en nabestaanden rond het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding en naar overwegingen van mensen die ondraaglijk lijden, maar niet om euthanasie of hulp bij zelfdoding (zullen) verzoeken (Utrecht 1998).
Vesseur, J.,
'Zelfs de schijn van subjectiviteit vermijden. Driepansconstructie bedreigt onafhankelijk oordeel bij euthanasie', *Medisch Contact* 55 (2000): 548-560.
Vink, R.,
'Veel groepsleiders wijzen actieve euthanasie af. Is stervenshulp aanvaardbaar?', *Klik* 10 (1981), maart: 14-18.
Vink, R.,
'Juriste van Till: "ongevraagde euthanasie is altijd moord"', *Klik* 12 (1983), januari: 20-23.
Visscher, F.,
'KNMG en euthanasiediscussie', *Medisch Contact* 41 (1986): 389.
Vissel, N.B.,
'Een bijzonder geval van euthanasie', *Medisch Contact* 41 (1986): 1101-1102.

Visser, J.,
'Euthanasie in de praktijk', *MGV: Maanblad Geestelijke Volksgezondheid* 39 (1984): 66-72.
Visser, J.,
De dood als bevrijding. Overwegingen bij vrijwillige euthanasie (Utrecht en Antwerpen 1996).
Visser 't Hooft, H.P.,
'De doolhof van het zelfbeschikkingsrecht' in J.B.J.M. ten Berge, *Recht als norm en als aspiratie. Opstellen over recht en samenleving ter gelegenheid van het 350-jarig bestaan van de Utrechtse Juridische Faculteit* (Nijmegen 1986): 379-397.
Voet, H.,
'Waar ligt de grens?', *Medisch Contact* 16 (1961): 594-597.
Voet, H.A.,
'Discussie over medische ethiek. Naar aanleiding van de beschouwing van N.W. Jongsma', *Medisch Contact* 21 (1966): 501-503.
Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD),
Rapport van de werkgroep Euthanasie (1981).
Vos, M.,
'Toetsing bij euthanasie', *Medisch Contact* 40 (1985): 1059-1060.
Voûte, P.A. en M.A.M. de Wachter,
'Grenzen van medisch handelen bij kinderen', *Medisch Contact* 39 (1984): 1583-1585.
Vroom-Kastelein, W.R.,
'Wetsvoorstellen inzake euthanasie', *Metamedica* 65 (1986): 85-98.
Vroom-Kastelein, W.R.,
'Euthanasie (3). Uitspraak Arrondissementsrechtbank', *Medisch Contact* 41 (1986): 898-900.
Vroom-Kastelein, W.R.,
'Advies van de Raad van State inzake euthanasie: eerste commentaar', *Medisch Contact* 41 (1986): 941.
Vroom-Kastelein, W.R.,
'Euthanasie. Arrest Gerechtshof 's-Gravenhage van 11 september 1986', *Medisch Contact* 41 (1986): 1389-1390.
Vroom-Kastelein, W.R.,
'Medische thanasie. Uitspraak arrondissementsrechtbank 6 augustus 1985', *Medisch Contact* 41 (1986): 924-929.
Vroom-Kastelein, W.R. en J. van Es,
'Euthanasie en verklaring van overlijden: arrest Gerechtshof 's-Gravenhage, 2 april 1987', *Medisch Contact* 42 (1987): 669-670.
Vroom-Kastelein, W.R. en J.C. van Es,
'Euthanasie 4. Uitspraak medisch tuchtcollege 6 mei 1986', *Medisch Contact* 41 (1986): 951-952.
Vroom-Kastelein, W.R. en J.C. van Es,
'Euthanasie slot. Uitspraak arrondissementsrechtbank 4 april 1986', *Medisch Contact* 41 (1986): 994-997.
Wal, G. van der,
Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen (Rotterdam 1992).
Wal, G. van der, c.s.,
Euthanasie en hulp bij zelfdoding in de huisartspraktijk. Hoe vaak komt dit feitelijk voor', *Medisch* Contact 46 (1991): 174-177.
Wal, G. van der, c.s.,
'Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Hoe gaan huisartsen om met de inhoudelijke zorgvuldigheidseisen?', *Medisch Contact* 46 (1991): 211-216.
Wal, G. van der e.a.,
'Toetsing in geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Procedurele zorgvuldigheidseisen', *Medisch Contact* 46 (1991): 237-242.
Wal, G. van der, J.Th.M. van Eijk, H.J.J. Leenen en C. Spreeuwenberg,
'Euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen in de thuissituatie. I. Diagnosen, leeftijd en geslacht van de patiënten', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 135 (1991): 1593-1599.
Wal, G. van der, J.Th.M. van Eijk, H.J.J. Leenen en C. Spreeuwenberg,
'Euthanasie en hulp bij zelfdoding door artsen in de thuissituatie. II. Lijden van de patiënten', Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 135 (1991): 1599-1604.

Wal, G. van der, J.Th.M. van Eijk, H.J.J. Leenen en C. Spreeuwenberg,
'Actieve levensbeëindiging door huisartsen zonder verzoek van de patiënt', *Huisarts en Wetenschap* 34 (1991): 523-527.
Wal, G. van der en P.J. van der Maas,
Euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde (Den Haag 1996).
Wal, G.A. van der, e.a.,
Euthanasie. Knelpunten in een discussie (Baarn 1987).
Weel, M.W. van,
De heelkunde en haar grenzen (Amsterdam 1960).
Weisz, F.H.,
'Hulp bij zelfdoding. Verslag van een huisarts', *Medisch Contact* 49 (1994): 700-703.
Werf, G. Th. van der,
'Huisarts en euthanasie. Een pleidooi voor onderlinge toetsing', *Medisch Contact* 41 (1986): 1389-1390.
Werkgroep Dood en Rouw West-Brabant,
Euthanasie. Verslag van een themadag gehouden op 1 november 1984 te Etten Leur (Etten Leur 1984).
Werkgroep prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut,
'Zorg voor comapatiënten. Bespreking KNMG-discussienota 'levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten', *Medisch Contact* 46 (1991): 1481-1484.
Werkgroep Uiterst Medisch Handelen,
Laatste hulp. Rapport over de mogelijkheden van zelfdoding na een kernramp (Leidschendam 1984).
Weyers, H.,
'Euthanasia: the process of legal change in the Netherlands. The making of the requirements of careful practice' in Klijn e.a. 2001: 11-28.
Wibaut, F.,
'Vierde algemene vergadering van de World Medical Association', *Medisch Contact* 5 (1950): 958-961.
Wibaut, F.P.,
'De willekeur van het Openbaar Ministerie', *Medisch Contact* 56 (2001): 657-663.
Wierdsma, A.Ra.,
'Elk geval op eigen merites beoordelen', *Medisch Contact* 24 (1969): 503.
Wijmen, F.C.B. van,
Artsen en het zelfgekozen levenseinde. Verslag van een onderzoek onder artsen naar opvattingen en gedragingen ten aanzien van euthanasie en hulp bij zelfdoding (Maastricht 1989).
Wijnveld, J.,
Wetgeving betreffende de geneeskunde ('s-Gravenhage en Leiden 1928).
Wöretshofer, J.,
'De meldingsprocedure levensbeëindiging: ongeoorloofd?' in Reijntjes 1996: 41-67.
Wolk, E. van der (red),
Het naderend einde (Meppel 1975).
Wolters, W.,
'Recht van kinderen op euthanasie: een nieuwe dooddoener', *MGV: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 41 (1986): 564-565.
Zeegers, G.H.L.,
God in Nederland. Een statistisch onderzoek naar godsdienst en kerkelijkheid in Nederland ingesteld in opdracht van De Geïllustreerde Pers n.v. (Amsterdam 1967).
Zola, I.K.,
De medische macht. De invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij (Boom en Meppel 1973).
Zwartendijk, A.J. en A.C.J. van Reekum-van Waasbergen,
'Euthanasie. Samenvatting reacties uit de afdelingen', *Medisch Contact* 32 (1977): 335- 338.